



HAL
open science

Le renoncement aux soins dû à l'avance des frais d'une part et à la pénurie de l'offre de soins d'autre part

Thomas Bonnet

► To cite this version:

Thomas Bonnet. Le renoncement aux soins dû à l'avance des frais d'une part et à la pénurie de l'offre de soins d'autre part. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01342957

HAL Id: dumas-01342957

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01342957>

Submitted on 13 Jan 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2015

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Thomas BONNET

Né le 25 février 1987 à PARIS 16^e.

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 04 décembre 2015.

**Le renoncement aux soins dû à l'avance des frais d'une part et à la
pénurie de l'offre de soins d'autre part.**

Etude quantitative en 2015 auprès des patients du département de l'Eure.

Président du jury : Pr Stéphane MARRET

Pr Hervé LEVESQUE

Pr Jean- Paul MARIE

Directeur de Thèse : Dr Martin BONNET

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

| |
|---------------------|
| I - MEDECINE |
|---------------------|

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|---|-----|--|
| Mr Frédéric ANSELME | HCN | Cardiologie |
| Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR | HCN | Chirurgie plastique |
| Mr Bruno BACHY (<i>surnombre jusque 01/11/15</i>) | HCN | Chirurgie pédiatrique |
| Mr Fabrice BAUER | HCN | Cardiologie |
| Mme Soumeya BEKRI | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Jacques BENICHO | HCN | Bio statistiques et informatique médicale |
| Mr Jean-Paul BESSOU | HCN | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>) | HCN | Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité |
| Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>) | HCN | Réanimation médicale |
| Mr Olivier BOYER | UFR | Immunologie |
| Mr François CARON | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| Mr Philippe CHASSAGNE | HCN | Médecine interne (gériatrie) |
| Mr Vincent COMPERE | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mr Antoine CUVELIER | HB | Pneumologie |
| Mr Pierre CZERNICHOW | HCH | Epidémiologie, économie de la santé |
| Mr Jean-Nicolas DACHER | HCN | Radiologie et imagerie médicale |
| Mr Stéfan DARONI | HCN | Informatique médicale et techniques de communication |
| Mr Pierre DECHELOTTE | HCN | Nutrition |

| | | |
|--|-----|--|
| Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>) | HCN | Oto-rhino-laryngologie |
| Mr Frédéric DI FIORE | CB | Cancérologie |
| Mr Fabien DOGUET | HCN | Chirurgie Cardio Vasculaire |
| Mr Jean DOUCET | SJ | Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie |
| Mr Bernard DUBRAY | CB | Radiothérapie |
| Mr Philippe DUCROTTE | HCN | Hépto-gastro-entérologie |
| Mr Frank DUJARDIN | HCN | Chirurgie orthopédique - Traumatologique |
| Mr Fabrice DUPARC | HCN | Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mr Eric DURAND | HCN | Cardiologie |
| Mr Bertrand DUREUIL | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mme Hélène ELTCHANINOFF | HCN | Cardiologie |
| Mr Thierry FREBOURG | UFR | Génétique |
| Mr Pierre FREGER | HCN | Anatomie - Neurochirurgie |
| Mr Jean François GEHANNO | HCN | Médecine et santé au travail |
| Mr Emmanuel GERARDIN | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Priscille GERARDIN | HCN | Pédopsychiatrie |
| Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>) | HB | Néphrologie |
| M. Guillaume GOURCEROL | HCN | Physiologie |
| Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>) | HCN | Urologie |
| Mr Dominique GUERROT | HCN | Néphrologie |
| Mr Olivier GUILLIN | HCN | Psychiatrie Adultes |
| Mr Didier HANNEQUIN | HCN | Neurologie |
| Mr Fabrice JARDIN | CB | Hématologie |
| Mr Luc-Marie JOLY | HCN | Médecine d'urgence |
| Mr Pascal JOLY | HCN | Dermato - Vénérologie |
| Mme Annie LAQUERRIERE | HCN | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Mr Vincent LAUDENBACH | HCN | Anesthésie et réanimation chirurgicale |
| Mr Joël LECHEVALLIER | HCN | Chirurgie infantile |
| Mr Hervé LEFEBVRE | HB | Endocrinologie et maladies métaboliques |
| Mr Thierry LEQUERRE | HB | Rhumatologie |
| Mr Eric LEREBOURS | HCN | Nutrition |
| Mme Anne-Marie LEROI | HCN | Physiologie |
| Mr Hervé LEVESQUE | HB | Médecine interne |
| Mme Agnès LIARD-ZMUDA | HCN | Chirurgie Infantile |
| Mr Pierre Yves LITZLER | HCN | Chirurgie cardiaque |
| Mr Bertrand MACE | HCN | Histologie, embryologie, cytogénétique |

| | | |
|--|-------|---|
| M. David MALTETE | HCN | Neurologie |
| Mr Christophe MARGUET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Isabelle MARIE | HB | Médecine interne |
| Mr Jean-Paul MARIE | HCN | Oto-rhino-laryngologie |
| Mr Loïc MARPEAU | HCN | Gynécologie - Obstétrique |
| Mr Stéphane MARRET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Véronique MERLE | HCN | Epidémiologie |
| Mr Pierre MICHEL | HCN | Hépatogastro-entérologie |
| Mr Jean-François MUIR | HB | Pneumologie |
| Mr Marc MURAINÉ | HCN | Ophthalmologie |
| Mr Philippe MUSETTE | HCN | Dermatologie - Vénérologie |
| Mr Christophe PEILLON | HCN | Chirurgie générale |
| Mr Christian PFISTER | HCN | Urologie |
| Mr Jean-Christophe PLANTIER | HCN | Bactériologie - Virologie |
| Mr Didier PLISSONNIER | HCN | Chirurgie vasculaire |
| Mr Gaëtan PREVOST | HCN | Endocrinologie |
| Mr Bernard PROUST | HCN | Médecine légale |
| Mme Nathalie RIVES | HCN | Biologie du développement et de la reproduction |
| Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>) | HCN | Réanimation médicale - Médecine d'urgence |
| Mr Vincent RICHARD | UFR | Pharmacologie |
| Mr Horace ROMAN | HCN | Gynécologie - Obstétrique |
| Mr Jean-Christophe SABOURIN | HCN | Anatomie - Pathologie |
| Mr Guillaume SAVOYE | HCN | Hépatogastrologie |
| Mme Céline SAVOYE-COLLET | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Pascale SCHNEIDER | HCN | Pédiatrie |
| Mr Michel SCOTTE | HCN | Chirurgie digestive |
| Mme Fabienne TAMION | HCN | Réanimation médicale |
| Mr Luc THIBERVILLE | HCN | Pneumologie |
| Mr Christian THUILLEZ | HB | Pharmacologie |
| Mr Hervé TILLY | CB | Hématologie et transfusion |
| Mr Olivier TROST | HCN | Chirurgie Maxillo Faciale |
| Mr Jean-Jacques TUECH | HCN | Chirurgie digestive |
| Mr Jean-Pierre VANNIER | HCN | Pédiatrie génétique |
| Mr Benoît VEBER | HCN | Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale |
| Mr Pierre VERA | CB | Biophysique et traitement de l'image |
| Mr Eric VERIN | CRMPR | Médecine physique et de réadaptation |

| | | |
|----------------------------|-----|-------------------------|
| Mr Eric VERSPYCK | HCN | Gynécologie obstétrique |
| Mr Olivier VITTECOQ | HB | Rhumatologie |
| Mr Jacques WEBER | HCN | Physiologie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|---|-----|-------------------------------------|
| Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG | HCN | Bactériologie – Virologie |
| Mr Jeremy BELLIEN | HCN | Pharmacologie |
| Mme Carole BRASSE LAGNEL | HCN | Biochimie |
| Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS | HCN | Chirurgie Digestive |
| Mr Gérard BUCHONNET | HCN | Hématologie |
| Mme Mireille CASTANET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Nathalie CHASTAN | HCN | Physiologie |
| Mme Sophie CLAEYSSENS | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Moïse COEFFIER | HCN | Nutrition |
| Mr Stéphane DERREY | HCN | Neurochirurgie |
| Mr Manuel ETIENNE | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| Mr Serge JACQUOT | UFR | Immunologie |
| Mr Joël LADNER | HCN | Epidémiologie, économie de la santé |
| Mr Jean-Baptiste LATOCHE | UFR | Biologie cellulaire |
| Mr Thomas MOUREZ | HCN | Bactériologie |
| Mme Muriel QUILLARD | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Mathieu SALAUN | HCN | Pneumologie |
| Mme Pascale SAUGIER-VEBER | HCN | Génétique |
| Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN | HCN | Anatomie |

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

| | | |
|-----------------------------|-----|---------------|
| Mme Dominique LANIEZ | UFR | Anglais |
| Mr Thierry WABLE | UFR | Communication |

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

| | |
|---|----------------------|
| Mr Thierry BESSON | Chimie Thérapeutique |
| Mr Jean-Jacques BONNET | Pharmacologie |
| Mr Roland CAPRON (PU-PH) | Biophysique |
| Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite) | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH) | Parasitologie |
| Mr Jean Pierre GOULLE | Toxicologie |
| Mr Michel GUERBET | Toxicologie |
| Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET | Physiologie |
| Mme Christelle MONTEIL | Toxicologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH) | Microbiologie |
| Mme Elisabeth SEGUIN | Pharmacognosie |
| Mr Rémi VARIN (PU-PH) | Pharmacie clinique |
| Mr Jean-Marie VAUGEOIS | Pharmacologie |
| Mr Philippe VERITE | Chimie analytique |

MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|--|--|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et Minérale |
| Mme Dominique BOUCHER | Pharmacologie |
| Mr Frédéric BOUNOURE | Pharmacie Galénique |
| Mr Abdeslam CHAGRAOUI | Physiologie |
| Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation pharmaceutique et économie de la santé |
| Mme Elizabeth CHOSSON | Botanique |

| | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Mme Cécile CORBIERE | Biochimie |
| Mr Eric DITTMAR | Biophysique |
| Mme Nathalie DOURMAP | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUC | Pharmacologie |
| Mr Abdelhakim ELOMRI | Pharmacognosie |
| Mr François ESTOUR | Chimie Organique |
| Mr Gilles GARGALA (MCU-PH) | Parasitologie |
| Mme Najla GHARBI | Chimie analytique |
| Mme Marie-Laure GROULT | Botanique |
| Mr Hervé HUE | Biophysique et mathématiques |
| Mme Laetitia LE GOFF | Parasitologie - Immunologie |
| Mme Hong LU | Biologie |
| Mme Sabine MENAGER | Chimie organique |
| Mr Mohamed SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Malika SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Christine THARASSE | Chimie thérapeutique |
| Mr Frédéric ZIEGLER | Biochimie |

PROFESSEURS ASSOCIES

| | |
|-----------------------------------|----------------------|
| Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ | Pharmacie officinale |
| Mr Jean-François HOUIVET | Pharmacie officinale |

PROFESSEUR CERTIFIE

| | |
|----------------------------|---------|
| Mme Mathilde GUERIN | Anglais |
|----------------------------|---------|

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

| | |
|----------------------------|-------------|
| Mr Jérémie MARTINET | Immunologie |
|----------------------------|-------------|

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

| | |
|----------------------------------|------------------|
| Mr Romy RAZAKANDRAINIBE | Parasitologie |
| Mr François HALLOUARD | Galénique |
| Mme Caroline LAUGEL | Chimie organique |
| Mr Souleymane ABDOUL-AZIZ | Biochimie |
| Mme Maïté NIEPCERON | Microbiologie |

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

| | |
|--|-------------------------------------|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et minérale |
| Mr Thierry BESSON | Chimie thérapeutique |
| Mr Roland CAPRON | Biophysique |
| Mr Jean CHASTANG | Mathématiques |
| Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation et économie de la santé |
| Mme Elisabeth CHOSSON | Botanique |
| Mr Jean-Jacques BONNET | Pharmacodynamie |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| Mr Loïc FAVENNEC | Parasitologie |
| Mr Michel GUERBET | Toxicologie |
| Mr François ESTOUR | Chimie organique |
| Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET | Physiologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON | Microbiologie |
| Mme Elisabeth SEGUIN | Pharmacognosie |
| Mr Mohamed SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mr Philippe VERITE | Chimie analytique |

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Mr Jean-Loup HERMIL

UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel LEFEBVRE

UFR Médecine générale

Mr Philippe NGUYEN THANH

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal BOULET

UFR Médecine générale

Mme Elisabeth MAUVIARD

UFR Médecine générale

Mme Lucille PELLERIN

UFR Médecine générale

Mme Yveline SEVRIN

UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse THUEUX

UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

| | |
|----------------------------------|------------------------|
| Mr Serguei FETISSOV (med) | Physiologie (ADEN) |
| Mr Paul MULDER (phar) | Sciences du Médicament |
| Mme Su RUAN (med) | Génie Informatique |

MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|--|--|
| Mr Sahil ADRIOUCH (med) | Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905) |
| Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) | Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079) |
| Mme Carine CLEREN (phar) | Neurosciences (Néovasc) |
| Mme Pascaline GAILDRAT (phar) | Génétique moléculaire humaine (UMR 1079) |
| Mr Nicolas GUEROUT (phar) | Chirurgie Expérimentale |
| Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med) | Physiologie (Unité Inserm 1076) |
| Mr Frédéric PASQUET | Sciences du langage, orthophonie |
| Mme Isabelle TOURNIER (phar) | Biochimie (UMR 1079) |

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les Hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Par délibération en date du 3 mars 1976, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni interprétation.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Stéphane MARRET,

Qui me fait l'honneur de présider mon jury de thèse,
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse
reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail

Merci pour votre présence

A Monsieur le Professeur Hervé LEVESQUE,

Pour avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse,
Merci pour votre dévouement et votre savoir qui ont permis de
soigner à de multiples reprises ma grand-mère.

Veuillez agréer de mon plus sincère respect et reconnaissance

A Monsieur le Professeur Jean-Paul MARIE,

Pour avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse,
Merci pour de votre écoute et pour les soins que vous m'avez
prodigué

Veuillez agréer de ma plus profonde reconnaissance

A Monsieur le Docteur Martin BONNET,

Pour avoir accepté d'encadrer ma thèse,

Merci de m'avoir guidé tout au long de cette thèse

Merci à toi Martin, pour tes conseils précieux lors de mes études de médecine, pour ces moments passés ensemble depuis notre plus tendre enfance et pour cette amitié qui nous lie depuis tant d'années

**Au Docteur THIEBAULT, LEPICARD-THIEBAULT, PESSOA et
VAN ELSLANDE,**

Pour l'ensemble des connaissances qu'ils m'ont apportées

Et pour m'avoir conforté dans mes choix professionnels

Il me tarde que notre collaboration commence...

A tous les services hospitaliers qui m'ont accueilli

Merci pour tout le savoir que vous avez partagé avec moi

Merci pour toute l'expérience que vous m'avez apportée

A l'ensemble de mes co-internes,

Pour tous les bons moments passés en leur présence

Pour toutes les connaissances que nous avons échangées

A Mr LE CHARLES, directeur de la CPAM d'EVREUX

Pour m'avoir permis de diffuser mes questionnaires dans l'ensemble
des CPAM de l'Eure

A Mr Vincent GUYADER, statisticien

Pour avoir réalisé l'analyse des données de mon questionnaire et
effectué l'ensemble des statistiques de mon travail de thèse

**A mes amis carabins Yéyé, Louis, Jean Baptiste, les 2 Paul, Vivien,
Pierre, Arthur, Jean Romain, Thibaut, Frizoo, François et tous les
autres**

Pour ces 9 années d'études passées à vos côtés,

Pour avoir tissé des liens forts d'amitiés

**A mes amis d'enfance du Vexin Maxplu, La lonfe, Romain, Maxime,
Gerard, François, Bastoon, Charly et tous les autres**

Pour notre amitié qui nous lie depuis tant d'années,

Merci pour votre présence aujourd'hui.

A ma famille,

Pour votre soutien sans faille dans les moments difficiles,

Pour ces liens forts qui font de nous une famille soudée,

Pour ces week-ends passés à Guitry où il fait bon se retrouver tous
ensemble...

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| SERMENT D'HIPPOCRATE..... | 11 |
| REMERCIEMENTS..... | 13 |
| SOMMAIRE..... | 16 |
| Liste des abréviations..... | 18 |
| INTRODUCTION..... | 19 |
| I- Contexte actuel..... | 20 |
| 1- Inégalités sociales de santé..... | 20 |
| 2- Le médecin généraliste au cœur du réseau de soins..... | 21 |
| 3- L'accessibilité à la santé et aux soins : état des lieux..... | 22 |
| a- Accessibilité financière..... | 22 |
| b- Accessibilité géographique..... | 22 |
| II- Le système d'assurance maladie en France..... | 23 |
| 1- Une couverture universelle mais partielle..... | 23 |
| 2- Le recours aux assurances privées..... | 25 |
| III- Le tiers payant..... | 25 |
| 1- Définition..... | 25 |
| 2- Bénéficiaires du tiers payant..... | 27 |
| 3- Les limites du tiers payant..... | 29 |
| IV- L'avance des frais : Contraste avec les autres pays ayant une Assurance maladie..... | 29 |
| V- La démographie médicale en Haute-Normandie..... | 30 |
| 1- Activité régulière..... | 30 |
| 2- Le solde des entrées..... | 31 |
| 3- Les médecins généralistes libéraux et mixtes en activité..... | 32 |
| MATERIEL ET METHODE..... | 34 |
| I- Type d'étude..... | 34 |
| II- Lieu de l'étude..... | 34 |
| III- Construction du questionnaire..... | 34 |
| IV- Recueil des données..... | 34 |
| V- Analyse des données..... | 35 |
| VI- Population..... | 35 |

| | |
|--|----|
| RESULTATS..... | 36 |
| I- Accessibilité en soins primaires..... | 36 |
| 1- accessibilité financière (avance des frais)..... | 36 |
| 2- accessibilité lié aux transports..... | 40 |
| II- Disponibilité en soins primaires..... | 42 |
| 1- Faculté à trouver un médecin traitant..... | 42 |
| a. Proximité du médecin traitant..... | 42 |
| b. Disponibilités du médecin traitant..... | 46 |
| c. Accès au médecin traitant..... | 48 |
| d. Soins d'urgences..... | 48 |
| III- Différentes causes de renoncement aux soins..... | 50 |
| DISCUSSION..... | 51 |
| I- Les biais..... | 51 |
| 1- Biais de sélection..... | 51 |
| 2- Biais de non réponse..... | 51 |
| II- Nos résultats..... | 51 |
| 1- Accessibilité en soins primaires..... | 51 |
| a. Accessibilité financière..... | 51 |
| b. Accessibilité liée aux transports..... | 52 |
| 2- Disponibilité en soins primaires..... | 53 |
| a. Faculté à trouver un médecin traitant..... | 53 |
| b. Proximité et accès au médecin traitant..... | 53 |
| c. Disponibilité du médecin traitant..... | 54 |
| d. Soins d'urgences..... | 55 |
| CONCLUSION..... | 56 |
| ANNEXE 1..... | 58 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... | 63 |

Liste des Abréviations

| | |
|--------|--|
| CNAMTS | Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés |
| CMU | Couverture Maladie Universelle |
| CMU-C | Couverture Maladie Universelle – Complémentaire |
| IRDES | Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé |
| DREES | Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ACS | Aide à une Complémentaire Santé |
| AMC | Assurance Maladie Complémentaire |
| AMO | Assurance Maladie Obligatoire |
| FSE | Feuille de Soins Electronique |
| FSP | Feuille de Soins Papier |
| AME | Aide Médicale de l'Etat |
| AT-MP | Accident de Travail – Maladie Professionnelle |
| ALD | Affection de Longue Durée |
| OCDE | Organisation de Coopération et de l'Economie |
| CPAM | Caisse Primaire d'Assurance Maladie |
| CSP | Catégorie Socio-Professionnelle |
| MT | Médecin Traitant |

Introduction

Le renoncement aux soins est un problème complexe qui imbrique 2 notions : « le non recours aux soins » et « des besoins de santé non satisfaits ». Le renoncement est lié aux moyens financiers, organisationnels, sociaux... des patients mais il est fonction des expériences vécues de chacun en ce qui concerne leur envie de recourir aux soins de santé. Lorsqu'un patient déclare avoir renoncé à des soins suppose que cette personne ait ressenti la nécessité de recourir à des soins et qu'elle ne l'ait pas fait. Cela sera donc interprété comme un renoncement. Ainsi, la conscience d'un besoin de soins est une condition nécessaire pour déclarer avoir renoncé à des soins. Le renoncement aux soins perçus par des patients est donc différent que le renoncement aux soins estimé par des professionnels de santé. Le renoncement est donc bien à différencier du non recours aux soins qui peut traduire un manque d'information ou de connaissance. Le besoin de soins varie donc d'un patient à un autre en fonction de leurs connaissances en matière de santé. Ce besoin est socialement différencié ; il est configuré par des normes qui varient en fonction des groupes d'appartenances, ce qui est une limite lors de l'analyse des renoncements aux soins en fonction des catégories sociales. Elles sont donc étroitement liées au contexte social. Une fois perçu par le patient, le renoncement aux soins peut être dû à différentes causes :

L'acceptabilité qui correspond à un renoncement choisi. Il s'agit donc d'un choix personnel ou culturel comme la peur de se soigner ou le fait d'attendre avant de se soigner. Il ne relève donc pas des systèmes de santé. Deux autres types de renoncements sont considérés comme subis et donc dépendants du système de santé. La disponibilité concerne l'organisation du système de soins et comprend notamment la présence de cabinets médicaux et le délai d'attente pour y avoir accès. Les implications politiques y sont majeures car les autorités de santé ont la possibilité de réaliser des modifications afin d'améliorer cette disponibilité. Enfin, la dimension d'accessibilité qui correspond aux renoncements aux soins pour cause de transport et de coût. Une nouvelle fois, les implications politiques y sont majeures car la mise en place de politiques publiques permet de réduire autant que possible les inégalités entre les patients.

I- Contexte actuel

1- Inégalités sociales de santé

De nos jours, l'augmentation quantitative et qualitative de l'offre de soins associée au progrès médical ne réduisent pas forcément les inégalités sociales de santé. Ceci est également le cas dans des Etats providence comme la France où le système de santé permet théoriquement un accès équitable aux soins pour chaque individu qui en a besoin [1].

Le dernier rapport de l'Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale [2] montre que le taux de pauvreté monétaire au seuil de 60% du revenu médian disponible atteint 13.5% de la population soit un peu plus de 8.2 millions de personnes. Parmi ces personnes se retrouvent 1/3 des familles monoparentales, 21% des familles nombreuses, deux millions d'enfants et d'adolescents. Cette pauvreté que l'on connaît bien dans les zones urbaines sensibles est aussi forte en milieu rural. Elle est trois fois plus élevée chez les chômeurs qu'en population générale et atteint 1 personne sur 15 qui dispose d'un travail. Le rapport Black [3] du nom de son auteur, fut l'un des premiers documents à montrer en Angleterre dès 1980 que l'état de santé d'un individu était étroitement lié à sa position dans la structure sociale. La notion de gradient de santé permet de décrire cette situation qui fait que ceux qui se trouvent en haut de la pyramide sociale ont un meilleur état de santé que ceux qui se trouvent en dessous d'eux, et ainsi de suite jusqu'à ceux qui sont les plus démunis.

Depuis 25 ans en France, les inégalités sociales face à la mort se maintiennent. On sait ainsi qu'à 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie de 47 ans, soit 6 ans de plus que les ouvriers. Les écarts ont augmenté entre les inactifs non retraités et l'ensemble des actifs [4]. De même la CNAMTS montrait récemment la surmortalité des bénéficiaires de la CMU-C, quel que soit l'âge et le sexe [5]. La qualité de vie en santé est socialement différenciée : à 47 ans les cadres supérieurs vivront en moyenne 34 ans sans incapacité contre 24 ans pour les ouvriers [6]. La lutte contre ces inégalités doit passer par l'amélioration de l'accès aux soins car l'état de santé n'est pas déconnecté du soin et de l'accès financier. Les études montrent qu'à un état de santé donné, les différences de recours sont importantes. Elles soulignent que le besoin de recours au médecin est important chez les pauvres alors que le recours effectif est observé chez les riches [7]. Or, un

moindre recours dégrade l'état de santé et le recours tardif pour des soins dit de réparation est plus coûteux pour la collectivité [8]. Les causes de ces inégalités d'accès aux soins sont diverses. Elles relèvent de barrières culturelles : le rapport au corps et au système de soins n'est pas le même selon les classes sociales. La perception des risques peut être différente et le rapport aux institutions peut amener à un renoncement aux soins qui relève d'un refus de système [9]

2- Le médecin généraliste au cœur du réseau de soins.

Selon le code de la santé publique : « Le système de santé garantit à tous les malades et usagers, à proximité de leur lieu de vie ou de travail, dans la continuité, l'accès à des soins de premier recours ». Le médecin généraliste en est l'acteur central, et se trouve le plus souvent choisi comme médecin traitant. Effectivement, les soins primaires peuvent contribuer à réduire les inégalités de santé [10]. On compte près de 55 000 médecins généralistes en France (métropole et outre-mer) ; 94% d'entre eux exercent en secteur 1 et ne pratiquent donc pas de dépassements. De fait, on compte en moyenne une moindre densité de médecins généralistes de secteur 1, que celle des médecins généralistes tous secteurs. Cette différence est nettement plus marquée dans les grandes zones urbaines où le dépassement d'honoraires est une pratique potentiellement plus fréquente. Selon une étude de l'IRDES en 2008, un quart des médecins refusent des patients parce qu'ils sont bénéficiaires de la CMU. Cependant, ces refus de soins ne concernent que 10% des omnipraticiens de secteur 1. Cette pratique est bien évidemment interdite et contraire à l'éthique de notre profession. La proportion de bénéficiaires de la CMU-C dans la patientèle des médecins généralistes varie fortement d'un praticien à un autre. L'environnement socio-économique des communes d'exercice des médecins joue également. On observe une « spécialisation » relative des médecins des communes les plus défavorisées, celles-ci attirant les bénéficiaires CMU-C des communes limitrophes plus aisées.

3- L'accessibilité à la santé et aux soins : état des lieux.

a- Accessibilité financière

Le renoncement aux soins pour raison financière touche les patients les plus modestes et concerne les soins de premiers recours. Ceci n'est pas le cas en ce qui concerne les catégories les plus aisées de la population. Le renoncement financier est donc fortement lié au revenu. Le fait d'avoir une complémentaire santé est un élément décisif. Ce sont les patients les moins protégés par une assurance complémentaire qui affrontent les obstacles financiers les plus importants [11]. Or, les complémentaires santé sont réparties de manière très inégale selon la population [12]. Depuis ces dernières décennies en France, la couverture complémentaire s'est largement développée mais il reste une partie non négligeable de la population qui en est dépourvue (6.7%) malgré la création de la CMU-C (7%) [13]. Le coût de l'assurance complémentaire calculé selon les revenus varie de 3% pour les ménages les plus aisés à 10% pour les ménages les plus pauvres (hors CMU) .De plus, dorénavant, les salariés ont accès à une complémentaire santé par l'intermédiaire de leur emploi sous forme de contrat collectif ou individuel via l'employeur. L'accès à la complémentaire reproduit donc les inégalités de l'emploi. [14]

En 2008, 16.5% de la population métropolitaine déclarait avoir renoncé à certains soins pour des raisons financières au cours de ces 12 derniers mois. C'était le cas de 30% des personnes non protégées par une complémentaire, de 22% des bénéficiaires de la CMU-C et de 15% pour les bénéficiaires d'une complémentaire privée. Ainsi, même si la CMU-C ne permet pas de totalement combler l'écart entre ses bénéficiaires et les personnes ayant une complémentaire privée (7 points d'écart), les bénéficiaires de la CMU-C renoncent beaucoup moins que les personnes n'ayant aucune complémentaire (8 points d'écart). Si la notion de renoncement aux soins contribue à fournir une indication sur une large partie des freins, en particuliers financiers, qui réduisent les possibilités d'accéder aux soins, elle ne rend pas totalement compte des raisons qui peuvent être plus personnelles et culturelles qui font qu'une personne n'utilise pas ou mal le système de soins.

b- Accessibilité géographique

Au-delà de l'aspect financier, l'accessibilité géographique est une des causes du renoncement aux soins. Elle a notamment été bien documentée par les travaux de la DREES

(Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) et, a priori, ne devrait pas constituer un obstacle majeur [15]. Ces derniers montrent que 95% des français ont accès à des soins de proximité en moins de 15 minutes [16]. Ils sont également 95% à avoir accès aux soins hospitaliers en moins de 45 minutes et les trois quarts en moins de 25 minutes. Il persiste toutefois des inégalités, en particulier pour les régions rurales à faible densité de population. En effet l'IRDES indique que depuis 20 ans, la distance moyenne d'accès aux soins a augmenté pour certaines spécialités. La situation actuelle peut donc poser des problèmes pour des patients pauvres qui ne disposent pas de voiture, ce qui est souvent le cas dans les zones rurales et d'autant plus lorsqu'il s'agit de personnes âgées.

Les précédentes études montrent également que la distance géographique n'est pas l'unique paramètre à prendre en compte. L'accessibilité géographique est une chose, mais la disponibilité de l'omnipraticien, sa présence sur le territoire est un élément important.

II – Le système d'assurance maladie en France

1- Une couverture universelle mais partielle

Depuis 1980, différents pays industrialisés ont tenté de mettre en place des systèmes de santé dits universels, cela signifie qu'ils s'adressent à la population dans son ensemble. Certaines études ont montré que ces systèmes pouvaient réduire les inégalités mais plutôt en terme de mortalité [17][18][19]. En revanche d'autres études estiment qu'ils améliorent l'état de santé moyen de la population mais qu'ils ne réduisent pas l'écart de santé entre différents groupes sociaux [20][21]. Une notion importante est à connaître, il existe très peu de système de santé à couverture réellement universelle, c'est-à-dire que tous les soins de santé sont offerts gratuitement à tous les résidents du pays. C'est le cas par exemple au Royaume-Uni. La majorité des autres systèmes de santé des pays industrialisés sont donc des systèmes de couverture universelle partielle pour les patients. Le type de couverture a donc ses spécificités en fonction des pays mais d'une manière générale, les pays tendent à protéger les patients les plus vulnérables tels que les personnes les plus démunies, les personnes âgées, les enfants ou encore les malades chroniques avec des soins à moindre frais. Beaucoup de gouvernements ont donc comme en France, mis en place un système de

participation aux frais de santé par les patients eux-mêmes afin de responsabiliser les usagers et limiter l'accroissement des dépenses publiques de santé. Ce système peut donc parfois être un obstacle pour l'accès aux soins en raison de la part qui reste à la charge du patient et le cas échéant de l'avance des frais chez les professionnels de santé avant d'être remboursés.

Les délais de remboursement des patients par les organismes d'assurance maladie ont largement diminué depuis la mise en place de la télétransmission via la carte vitale introduite en France en 1998 [22]. Le patient consulte son médecin généraliste et règle les honoraires de 23 euros. La feuille de soin électronique réalisée pendant la consultation est télétransmise généralement le soir même à l'assurance maladie. Cette dernière rembourse l'assuré en moyenne en 5 jours dans le régime général. Depuis 20 ans, l'objectif de l'assurance maladie a été de diminuer la durée entre la télétransmission de la feuille de soins et le délai de remboursement afin de limiter le temps d'avance des frais du patient. La généralisation du tiers payant aurait donc pour but de se substituer au couple télétransmission / délai de remboursement qui pourrait compliquer l'accès aux soins des ménages pour lesquels l'avance des frais demeure un problème. Le ticket modérateur (partie à la charge du patient) a comme objectif principal de diminuer les dépenses publiques de santé. Cependant, sa mise en place sur le plan administratif est complexe [23]. Des analyses canadiennes ont montré que le ticket modérateur dans le domaine de la santé dissuadait plus fortement les patients à faibles revenus que les autres et était un frein à l'accès aux soins. Elles ont également observé que les frais modérateurs n'étaient pas efficaces pour contrôler les coûts des soins de santé [24]. En France d'autres études sont arrivées à la même conclusion à savoir que ces dispositifs ne permettent en rien la maîtrise des dépenses de santé, qu'ils peuvent entraîner une sous-consommation des personnes les plus malades et nécessitant donc plus de soins. Ils s'avèrent également inefficace si les patients possèdent des assurances complémentaires [25]. Ces mesures entraînent donc des inégalités car elles conduisent certains patients à renoncer à des soins de santé à court terme, ce qui peut engendrer des problèmes de santé beaucoup plus graves à long terme. L'OMS recommande dans son rapport sur la performance des systèmes de santé que les frais à la charge des patients soient utilisés de manière très réfléchie à cause des effets néfastes sur les populations vulnérables.

2- Le recours aux assurances privées

Sans tenir compte de l'avance des frais qui a déjà un impact financier variable selon le niveau socio-économique des patients, ces derniers peuvent recourir à une assurance santé privée pour financer la part restant à la charge du patient. Ce recours à ces assurances est également largement fonction des revenus des patients et n'est donc pas distribué aléatoirement dans la population. Les assurances privées complémentaires se sont donc développées car les systèmes publics de couverture maladie ne sont pas exhaustifs et pas totalement gratuits. Cependant, les personnes ayant un niveau socio-économique élevé sont généralement en meilleure santé et ont facilement accès à une assurance privée. Cela leur permet des soins à moindre coût alors que d'un point de vue médical, ce n'est à priori pas cette catégorie de la population qui en a le plus besoin [21] [26] [27]. L'accès à une assurance santé privée est donc inversement proportionnel aux besoins de santé. Cela est également le cas en ce qui concerne l'accès aux soins.

III – Le tiers payant

1- définition

Le tiers payant est un mécanisme par lequel le patient est dispensé de l'avance des frais concernant la part prise en charge par l'assurance maladie. Il ne débourse donc uniquement la part qui n'est pas prise en charge par l'assurance maladie, à savoir le ticket modérateur. Cette partie lui sera ensuite remboursée par sa mutuelle ou son assurance privée si le patient en a choisi une.

Dans l'histoire du tiers payant en médecine libérale, nous pouvons distinguer trois périodes. La première est très longue (1900-1975). C'est une période d'affirmation et d'application du principe de paiement direct des honoraires au médecin consulté. La seconde période (1975-2000) a admis que certains types d'actes de spécialité bénéficient d'une dispense d'avance des frais contrairement aux soins de premier recours. Enfin, la troisième période (2000-jusqu'à nos jours) où les ménages les plus modestes ont pu bénéficier de la dispense d'avance des frais et les autres ménages une diminution significative du délai de remboursement grâce à l'informatique. Effectivement, en France, au début des années 2000

a été mise en place la couverture maladie universelle (CMU) et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Cela a permis de diminuer l'obstacle financier pour l'accès aux soins pour les personnes les plus démunies [28][29]. Cependant, cela a inéluctablement recréé un effet de seuil pour les personnes bénéficiant de revenus légèrement supérieurs à la limite fixée pour bénéficier de ces aides [30]. En 2005 a été instauré une aide à la complémentaire santé (ACS) pour lutter contre cet effet de seuil [31]. Elle permet de bénéficier d'une aide financière pour acquérir un contrat d'assurance maladie complémentaire et permet d'être dispensé de l'avance des frais en ce qui concerne la part obligatoire. Elle peut être mise en place pour les personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU et ce même seuil majoré de 35 % (chiffre de 2011) [32].

Cette pratique de tiers payant est réalisée par certains médecins envers des patients qui ne bénéficient pas de conditions de prise en charge particulière mais pour qui le médecin peut s'il le souhaite ne demander au patient uniquement la part complémentaire. Le patient ne paie que la partie non remboursée par l'AMO (6.90 euros chez le généraliste). Le médecin envoie donc une facture à l'organisme d'assurance maladie en feuille de soins électronique (FSE) ou feuille de soins papier (FSP) pour se faire rembourser la part AMC. Cet organisme a donc le rôle de tiers payant. A noter l'absence de directive nationale concernant ces décisions individuelles des médecins ne permettant pas une harmonisation de ces pratiques. Le ministère de la santé propose dans son futur projet de loi la généralisation d'un tiers payant intégral, c'est-à-dire concernant l'AMO (qui est pratiqué par certains médecins) et les AMC et non plus la seule part obligatoire.

L'AMO est issu du service public. C'est une assurance obligatoire pour l'ensemble de la population, mutualisée entre les différents régimes d'assurance maladie, liée à la situation professionnelle. L'AMC est gérée par des organismes privés sur un marché concurrentiel. Il s'agissait initialement d'une assurance souscrite selon la décision des individus. Cependant un accord récent prévoit l'extension à toutes les entreprises d'une complémentaire santé obligatoire d'ici janvier 2016 avec un panier de soins minimums. Ces AMC sont réparties en 464 organismes membres de 3 familles (sociétés d'assurance, mutuelles, institutions de prévoyance)

Aujourd'hui, 34.9% des actes réalisés par les médecins libéraux font l'objet de tiers payant [33]. Les politiques publiques ont donc un rôle majeur dans l'accès aux soins sur des éléments qui ne sont donc pas maîtrisés par les individus. Ainsi des facteurs institutionnels peuvent modifier la relation entre le niveau socio-économiques des individus et leur état de santé [34] [35]. On peut donc facilement comprendre que les systèmes de santé et de protection sociale peuvent contribuer à augmenter ou au contraire diminuer les inégalités sociales de santé.

2- Bénéficiaires du tiers payant

Il existe donc certaines dérogations au paiement direct des honoraires. Ce tiers payant ou « dispense d'avance des frais » est accordé à certains types de patients :

- La couverture maladie universelle-complémentaire (CMU-C) est accordée aux patients ayant un revenu inférieur à 719 euro pour une personne et 1079 euros pour un couple (plafond au 1^{er} juillet 2013). La dispense couvre l'AMO et l'AMC. En 2010, la CMU-C comprenait plus de 4 millions de personnes [36].
- Les bénéficiaires de l'aide pour l'acquisition d'une assurance complémentaire santé (l'ACS) accordée aux patient ayant un revenu inférieur au plafond de la CMU-C + 35%. La dispense concerne seulement l'AMO. L'ACS prend en charge une partie de la cotisation annuelle à une complémentaire santé. Cependant, ce recours à l'ACS reste faible. Une étude récente montre que seulement une personne sur cinq qui pourrait en bénéficier en fait la demande, et qu'il existe seulement 10% de couverture effective ceci étant du a une complexité des démarches [37]. Il existe également des lenteurs en ce qui concerne l'ouverture et la réouverture des droits au tiers payant.
- Les bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (AME), dispositifs permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, sous certaines conditions. La dispense des frais concerne l'AMO et l'AMC
- Les bénéficiaires d'une décision du médecin généraliste qui peut s'il le souhaite effectuer un tiers payant pour les patients qu'il juge dans la difficulté pour avancer

les frais. Cette dispense d'avance des frais s'effectuant bien entendu uniquement sur la part AMO.

-Les victimes d'accident de travail-maladie professionnelle (AT-MP).

Cette dispense d'avance des frais est également valable pour certains types d'actes:

-actes coûteux supérieurs à 120 euros. Seul la part prise en charge par l'AMO est dispensée d'avance de frais mais souvent cette part représente 100% de l'honoraire de l'acte. Il existe une corrélation entre le coût des actes et la pratique du tiers payant. En effet, les spécialistes dans leur ensemble réalisent 30.3% de tiers payant. Ce taux varie de 13.5% en Lozère à 51% pour les 2 départements Corse. Les omnipraticiens n'en réalisent quant à eux que 13.6% (variant de 3% dans les côtes d'Armor à 28.4% dans le Haut Rhin [38] hors tiers payant légal (CMU-C et AT-MP) et hors ALD).

-actes de prévention issus d'un dépistage,

-actes réalisés chez des médecins de permanence ou dans des centres de santé,

-actes effectués dans des services d'urgences ou des consultations externes.

Il existe un autre cas particulier lorsque le patient est atteint d'une affection de longue durée (ALD). Il peut en effet être remboursé à 100% par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Il avance tout de même les frais chez le médecin sauf si ce dernier lui propose un tiers payant. Il sera cependant plus ou moins remboursé selon son assurance maladie complémentaire (AMC) s'il choisit un médecin qui réalise des dépassements d'honoraires. Chez les patients en ALD, 45.3% des actes réalisés chez les généralistes sont facturés en tiers payant contre 55.4% chez les spécialistes. Il existe donc encore de nombreux cas où l'avance des frais est la règle et notamment dans plus de 85% du temps chez le médecin généraliste.

A l'heure actuelle, le tiers payant est largement étendu aux autres professionnels de santé. Voici quelques chiffres du taux de tiers payant par profession hors ménages modestes et ALD, tous régimes confondus : chirurgiens-dentistes (17.4%), sages-femmes (38.1%), laboratoires (99%), infirmiers (84%), masseurs-kinésithérapeutes (55.6%), orthophonistes (71%), pharmaciens (proche de 100%) [38].

3- Les limites du tiers payant

Cependant, ces mesures d'accès aux soins pour tous peuvent s'avérer inefficaces pour bon nombre de ménages modestes. En effet, les seuils de la CMU-C ainsi que de l'ACS sont faibles. Ils sont de 65% du seuil de pauvreté pour la CMU-c et 100% du seuil de pauvreté pour l'ACS. Le seuil de pauvreté étant fixé à 60% du revenu médian. Un certain nombre de travailleurs pauvres, se situant donc juste au-dessus du seuil de pauvreté ne sont donc pas couverts. De plus, la dispense d'avance des frais ne concerne que la part obligatoire pour les bénéficiaires de l'ACS. Ces derniers sont également nombreux à ne pas recourir à leurs droits, ce qui est moins le cas pour les bénéficiaires de la CMU-C. Il existe également des lenteurs en ce qui concerne l'ouverture et la réouverture des droits au tiers payant. Un autre problème se pose, il s'agit du refus du tiers payant chez certains médecins. Ce taux de tiers payant pour les patients CMUC varie de 94.5% chez les spécialistes cliniques de secteur 2 à 98.5% pour les médecins généralistes de secteur 1 [38]. Ce taux devrait être théoriquement de 100%. Ces refus du tiers payant sont responsables de 13.5% des renoncements aux soins des bénéficiaires de la CMUC. [39] Une autre limite est la lisibilité du système pour les patients. Lorsqu'ils consultent un médecin qui n'est pas leur médecin traitant, la moitié des patients ne savent pas s'ils devront avancer les frais ou non. Et, contrairement à la réalité, ils pensent qu'ils auront plus aisément droit au tiers payant chez les généralistes que chez les spécialistes. Le médecin endosse donc un rôle social qui n'a pas lieu d'être au sein de sa pratique.

IV - L'avance des frais : Contraste avec les autres pays ayant une Assurance maladie.

L'article L 162-2 du code de la sécurité sociale dispose que « Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n°71-525 du 3 juillet 1971 ». Depuis la naissance de notre système

d'assurance sociale en France, le patient qui consulte un médecin généraliste ou un médecin spécialiste en libéral paie directement le prix de la consultation, puis se fait rembourser par l'assurance maladie obligatoire et son assurance complémentaire les frais avancés.

L'avance des frais est donc une spécificité de la médecine libérale et plus particulièrement de la médecine française. En effet, la France est le seul pays avec une Assurance maladie à pratiquer l'avance des frais. Dans les pays ayant des systèmes de santé similaires comme l'Allemagne, l'Autriche, les Pays-Bas, la Belgique, le Canada et le Japon, le tiers payant est la règle et l'assuré règle la part non couverte par les assurances maladie. [40] La Suisse utilise le tiers « garant ». Cela signifie que le patient ne paie le médecin uniquement lorsqu'il a été remboursé par l'assurance maladie. Il reçoit en effet une facture après la consultation et il a ensuite 30 jours pour s'en acquitter. Il n'a donc pas d'avance de frais à effectuer.

Dans la majorité des pays, la part de l'AMC est beaucoup plus faible qu'en France. Selon l'OCDE, le recours aux AMC est deux fois supérieur en France par rapport à l'Allemagne, aux Pays-Bas et à la Belgique et trois fois plus important qu'en Suisse. [41] L'AMC n'existe pas au Luxembourg et en Autriche. L'éclatement de la gestion entre AMO et AMC est donc fortement lié à cette avance des frais chez les médecins libéraux. L'OMS préconise d'abandonner des systèmes de santé reposant sur le paiement direct des professionnels de santé par les patients et recourir à des systèmes de couverture universelle fondés sur des cotisations et des impôts sur le revenu de l'ensemble de la population, ce qui permettrait aux plus modestes d'accéder aux soins. [42] [43].

V - La démographie médicale en Haute-Normandie

1- Activité régulière

En 2012, les médecins généralistes et spécialistes libéraux étaient au nombre de 109 981 [44]. Ces chiffres n'incluent pas les 20 125 médecins ayant une activité mixte libérale et de salarié. Ils ont facturé durant cette année 523 millions d'actes dont 475 millions pour les assurés du régime général comprenant les consultations à 23 euros des médecins généralistes (54.02%), les actes cliniques effectués par les cardiologues, dermatologues, neurologues, pneumologues... (15.15%), et les actes techniques réalisés par les chirurgiens,

radiologues, biologistes, ophtalmologues... (30.84%). Au total, en ce qui concerne la prise en charge de l'AMO, les honoraires des généralistes représentaient 6.1 milliards d'euros et ceux des spécialistes 10.3 milliards d'euros.

En 2014, les médecins en activité dans la région Haute-Normandie sont au nombre de 4626. Ils sont 595 à exercer la médecine générale dans le département de l'Eure. D'après certaines analyses, il semble qu'ils seront 4622 en 2018 à exercer en activité régulière en Haute Normandie soit un effectif stable. 79% des effectifs sera concentré dans le département de la Seine-Maritime. Les médecins généralistes de l'Eure sont âgés en moyenne de 54 ans. 36% d'entre eux sont des femmes. Les médecins âgés de 60 ans et plus, qui sont donc en fin d'exercice représentent 31 % de l'effectif total. En revanche, les moins de 40 ans représentent 10% de l'ensemble des actifs réguliers. Sur les 4626 médecins de la région Haute Normandie, 47.5% d'entre eux exercent en secteur libéral exclusif, 10% ont une activité mixte et 42.5% une activité salarié. Dans le département de l'Eure, ils sont 54.2% à exercer dans le secteur libéral, 8.2% à avoir une activité mixte et 37.6% à avoir une activité salarié. Ceci est dû au fait qu'il y a moins d'établissements hospitaliers dans le département de l'Eure. La densité de notre région en médecin généraliste est de 119 médecins pour 100 000 habitants. (Eure : 97/100 000) La région Haute-Normandie est la 3^{ème} région de France ayant la plus faible densité derrière la Picardie 116/100 000 et la région centre 110/100 000 habitants.

D'après certains outils méthodologiques, notre densité diminuera légèrement pour atteindre 248,2 médecins en activité pour 100 000 habitants en 2018. Dans l'Eure, la densité est de 101,2 médecins généraliste pour 100 000 habitants.

2- Le solde des entrées

Pendant l'année 2012, 179 nouvelles inscriptions au tableau de l'Ordre Des Médecins ont été enregistrées. 10% ont eu lieu dans l'Eure et 90% en Seine-Maritime. L'âge moyen de l'inscription est de 34 ans dans notre région : 35 ans pour les hommes et 33 ans pour les femmes. Au cours de l'année 2012, 78.2% des nouveaux médecins sont titulaires d'un diplôme français, 9.5% d'un diplôme européen et 12.3% d'un diplôme extra-européen. Il

existe une très grande différence entre les 2 départements de notre région. Il existe une surreprésentation des diplômés étrangers car plus de 50 % des nouveaux inscrits dans l'Eure sont titulaires d'un diplôme extra-européen. Lorsque les nouveaux médecins hauts-normands thésés s'inscrivent à l'Ordre, 67% s'orientent vers le secteur salarié, 11% vers le secteur libéral ou mixte et 22% décident de réaliser des remplacements (chiffres de 2014). La répartition est encore très différente entre les deux départements. (Eure : salarié 58%, libéral 31.5%, remplaçant 10.5% / Seine-Maritime : salarié 68%, libéral ou mixte 9%, remplaçant 23%). Ceci est notamment dû au fait que la plupart des structures hospitalières se situent dans les grandes villes de la région à savoir Rouen, Le Havre et Dieppe, ces villes faisant partie du département de la Seine-Maritime.

3- Les médecins généralistes libéraux et mixtes en activité

En 2013, 1660 médecins généralistes exerçaient dans la région Haute-Normandie. Cela représente une baisse de 6.1% par rapport à 2007 (1767 médecins). Dans le détail, en 2013 l'Eure comptait 429 médecins contre 1122 en Seine-Maritime. Les estimations à 2018 divergent entre les deux départements puisque l'on s'attend à voir croître de 4.6% la population médicale de l'Eure pour atteindre 449 médecins. En ce qui concerne le nombre de médecins en Seine-Maritime, celui-ci devrait diminuer de 7.6% pour atteindre 1037 praticiens en 2018. L'âge moyen de ces 1660 médecins est de 53ans (hommes : 56 ans / femmes : 49 ans). Les hommes représentent 67% des effectifs. 28.1% des médecins généralistes libéraux et mixtes ont plus de 60 ans et 10.5% ont moins de 40 ans. Parmi cette jeune génération de moins de 40 ans, 63% sont des femmes. Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. On en dénombre 70 dans la région Haute-Normandie. Ces bassins de vie sont en moyenne composés de 25 médecins généralistes libéraux et mixtes. Entre 2007 et 2013, 28 bassins de vie ont vu leur effectif de médecins diminuer (de -38% à -3%). 17 bassins de vie ont maintenu leur effectif. En revanche, 25 bassins de vie enregistrent une augmentation de leur effectif de médecins (de +3% à + 100%). La présence de médecins généralistes libéraux et mixtes peut avoir un impact sur le comportement d'une population générale. En effet certains bassins de vie dont les effectifs de médecins baissent sont confrontés à une baisse

de la population. En revanche, certains bassins de vie recensent une diminution du nombre de médecin alors que leur population s'accroît. L'accessibilité aux soins primaires peut alors y être altérée. La densité médicale moyenne des bassins de vie est d'environ 7.5 médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10 000 habitants. Dans la région Haute-Normandie, 44% des bassins de vie sont considérés à faible densité.

Notre travail de thèse va donc s'intéresser à deux causes de renoncements considérées comme subies. La disponibilité des médecins libéraux d'une part et l'avance des frais qui rentre le cadre de l'accessibilité financière d'autre part. Nous tenterons donc de répondre à la question suivante : Dans quelles proportions l'avance des frais réalisée par les patients d'une part et le manque de disponibilité de médecins d'autre part jouent-ils un rôle dans le renoncement aux soins primaires. Notre première hypothèse est que toute contribution financière et notamment l'avance des frais chez le médecin généraliste est un obstacle à l'accès aux soins qui peut engendrer un renoncement aux soins. Notre seconde hypothèse est que dans certaines zones où la densité médicale est faible, l'offre de soins peut être éloignée et avec des délais conséquents, ceci pouvant aboutir également à un renoncement aux soins.

Matériel et Méthode

I- Type d'étude

L'enquête est une étude observationnelle transversale sur les causes amenant les patients à renoncer aux soins en médecine générale. L'étude cherche dans un premier temps à trouver un lien entre le renoncement aux soins et l'avance des frais par le patient d'une part. Elle cherche dans un second temps, à voir une corrélation entre le renoncement aux soins et le manque de disponibilité de médecin. L'étude est quantitative par le biais d'un questionnaire et en partie qualitative par les réponses à des questions ouvertes.

II- Lieu de l'étude

Notre étude a été réalisée dans le département de l'Eure avec l'aide de la CPAM d'Evreux.

III- Construction du questionnaire

Un premier questionnaire a été réalisé. Il a été validé dans un premier temps par un statisticien et soumis à essai auprès de 20 patients choisis au hasard dans la rue pour connaître la validité et la compréhension de notre questionnaire. A l'issue de cette première analyse de ces 20 questionnaires, certaines questions ont été reformulées, la mise en page a été modifiée et d'autres questions sont venues en complément. Un second questionnaire définitif est tiré à 350 exemplaires. Les questionnaires sont anonymes pour avoir un meilleur taux de remplissage

IV- Recueil des données

La population du département de l'Eure a été choisie dans cette étude. Aucun critère d'exclusion n'a été nécessaire. L'étude a été réalisée avec l'aide de la CPAM de l'Eure et de son directeur Mr Le Charles. Les 350 questionnaires ont été donnés en main propre fin Mars à Mr Le Charles. Les questionnaires ont ensuite été dispatchés dans les halls des CPAM d'Evreux, Verneuil sur Avre, Louviers, Vernon, Les Andelys, Pont-Audemer et Bernay. Le remplissage des questionnaires s'est effectué de début Avril jusqu'à fin Juin. Les patients n'étaient pas assistés pour remplir les questionnaires. Lorsque 300 questionnaires furent remplis la CPAM nous contacta et nous envoya l'intégralité des questionnaires. Initialement, seuls les questionnaires remplis dans leur intégralité devaient être exploités. Devant le nombre important de questionnaire avec des réponses manquantes, nous avons décidé avec le statisticien d'analyser l'ensemble des questionnaires à l'exception d'un questionnaire qui comprenait très peu de réponse. Notre étude comprend donc 299 questionnaires.

V- Analyse des données

Les données ont été regroupées dans un tableau Excel. Les données quantitatives sont décrites par la moyenne, la médiane, l'écart type, le 25^{ème} et 75^{ème} percentile. Les variables quantitatives ont été comparées par le test du « t » de Student, chi2 ou par le test de Mann et Whitney quand les effectifs ne permettaient pas l'utilisation de tests paramétriques. Pour l'ensemble des tests, le risque de première espèce (alpha) a été fixé à 5%. Les tests statistiques ont été réalisés avec le logiciel R.

VI- Population

L'intégralité des patients se rendant aux différentes CPAM de l'Eure était libre de remplir les questionnaires. Nous avons inclus 299 patients dans notre étude. Toutes les classes d'âge de la population sont représentées en commençant par la tranche 16-30 et en allant jusqu'à la tranche d'âge + de 75 ans. Toutes les catégories socio-professionnelles sont retrouvées avec tout de même une surreprésentation de chômeurs (ils représentent 26% de notre échantillon) et d'étudiants.

Résultats

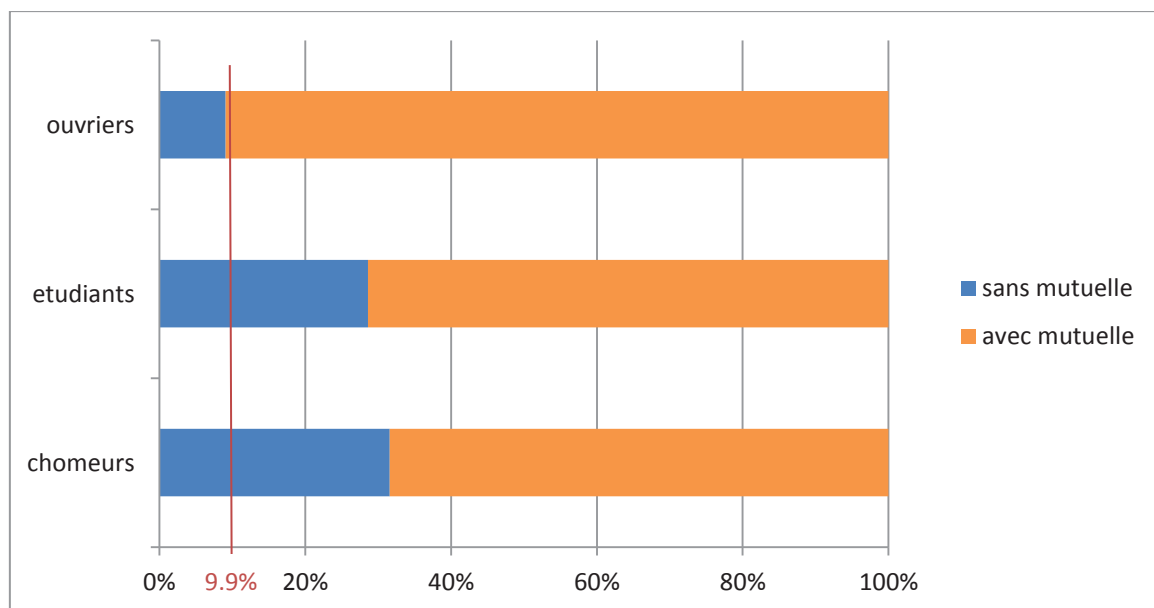
Nous avons classé les résultats en fonction des 2 causes de renoncement subi à savoir l'accessibilité d'une part et la disponibilité en soins primaires d'autre part.

I - Accessibilité en soins primaires

1- accessibilité financière (avance des frais)

Dans notre étude, 31.6% des chômeurs n'ont pas de mutuelle. 28.6 % des étudiants et 9.1 % des ouvriers n'ont pas de mutuelle non plus. Dans ces 2 cas il existe une différence significative avec les autres catégories socio-professionnelles (CSP) ($p < 0.01$). Dans la population totale de notre étude, ils sont 9.9% à ne pas avoir de mutuelle. Il s'agit donc de deux CSP qui sont plus sujettes à rencontrer des difficultés dans l'accessibilité financière.

Mutuelle en fonction de la CSP

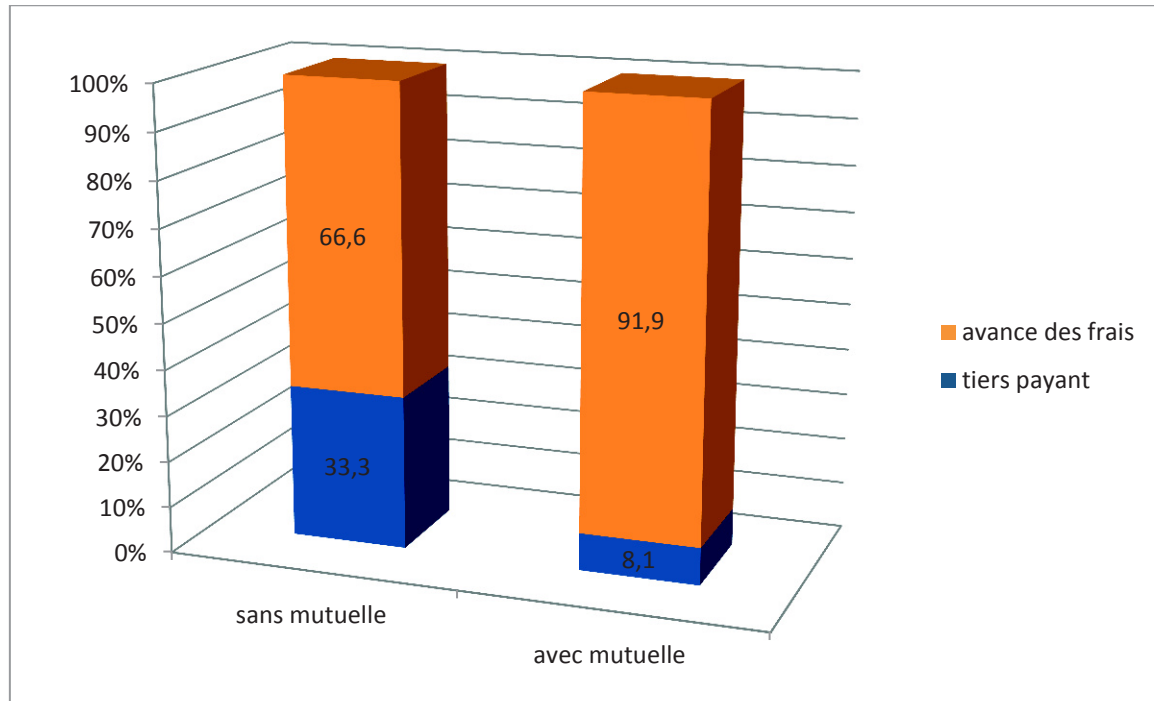


Le trait rouge correspond aux 9.9% de la population de notre étude qui n'ont pas de mutuelle.

Les deux CSP qui peuvent être le plus touchées par l'accessibilité financière sont donc majoritairement les chômeurs et les étudiants.

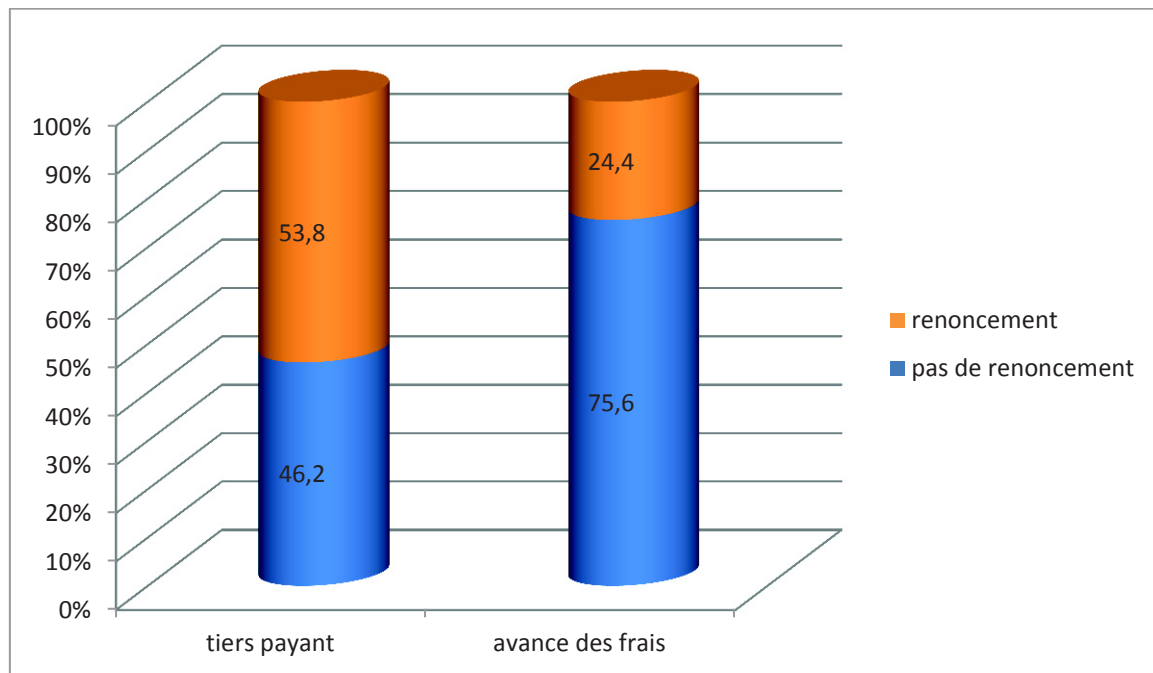
Tiers payant réalisé pour les patients en fonction du fait d'avoir une mutuelle ou non

(patients hors CMU)



Parmi l'ensemble des patients qui n'ont pas de mutuelle, 33.3 % d'entre eux bénéficient du tiers payant de la part de leur MT. Il existe une différence significative avec ceux qui ont une mutuelle, 8.10% d'entre eux en bénéficient dans ce cas. ($p < 0.01$). Lorsqu'il est effectué, le tiers payant est proposé par le médecin traitant dans 64.3% des cas.

Renoncement aux soins : tiers payant vs avance des frais

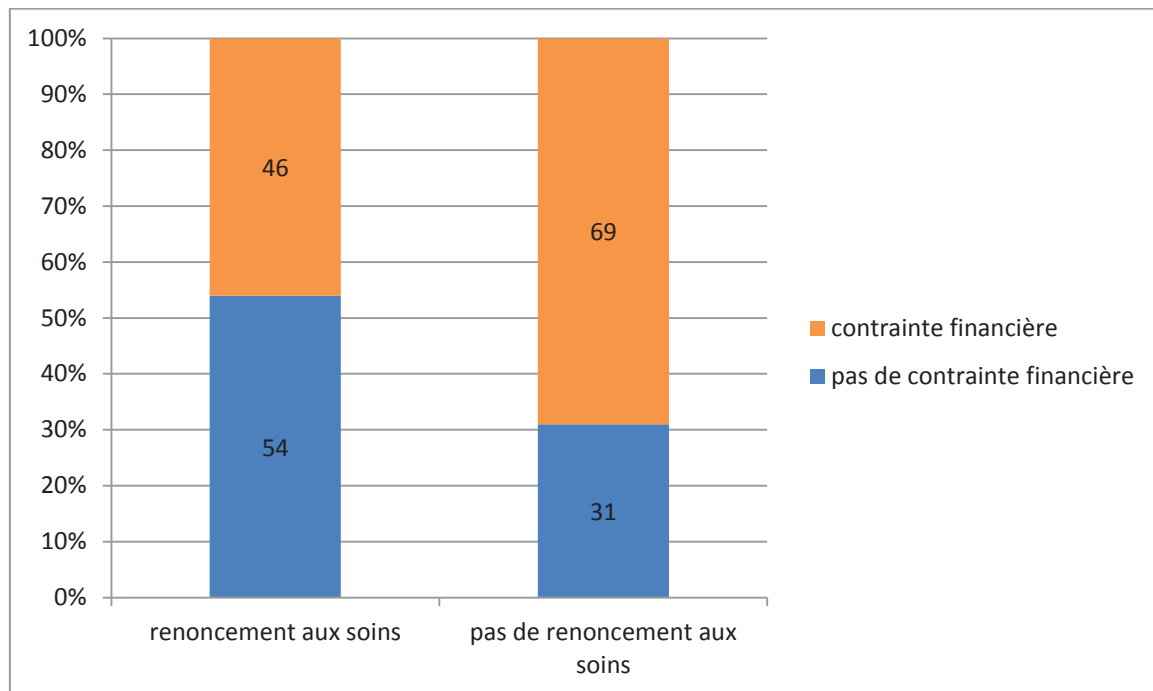


Le fait de ne pas avancer la part obligatoire n'est pas un gage de non renoncement aux soins. Parmi les patients qui bénéficient du tiers payant 53.8 % ont renoncé aux soins au cours de ces 12 derniers mois. Cela est significativement plus élevé ($p=0.046$) comparé à ceux qui ne bénéficient pas du tiers payant. Ils sont en effet seulement 24.4% à avoir renoncé à consulter leur MT dans les 12 derniers mois.

En d'autres termes, parmi ceux qui ont renoncé aux soins lors des 12 derniers mois, 16.7 % ont pu bénéficier du tiers payant chez leur médecin. Ils étaient uniquement 5 % à pouvoir bénéficier du tiers payant chez les personnes qui considèrent ne pas avoir renoncé aux soins durant les 12 derniers mois. ($p=0.046$)

La pratique du tiers payant par un médecin généraliste ne constitue pas un critère quant au choix de ce dernier comme médecin traitant. En effet, 91 % des patients choisissent leur médecin traitant sans prendre en compte le fait que ce dernier réalise le tiers payant. Seulement 3% des patients sélectionnent leur médecin traitant parce qu'il réalise le tiers payant. 6% ne savent pas.

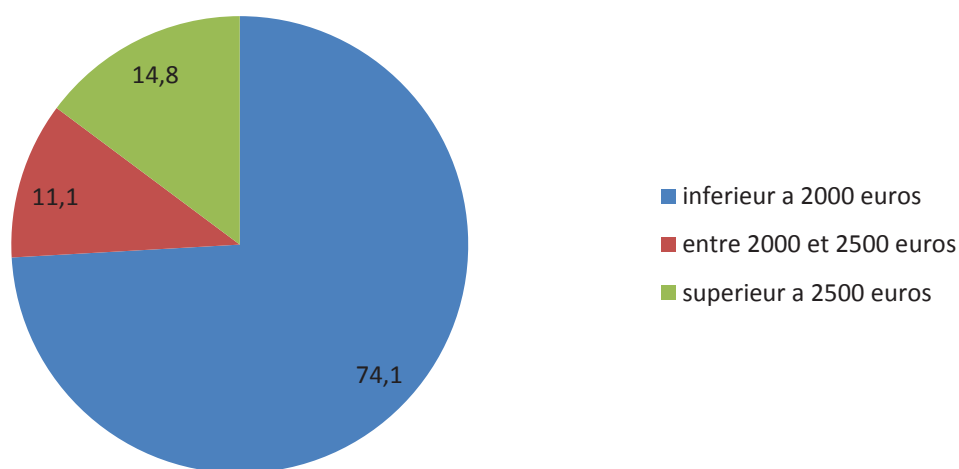
Contrainte financière selon le fait d'avoir ou non renoncé à des soins ces 12 derniers mois



Le fait de ressentir un « trou dans le budget » lors de l'avance des frais n'est pas un facteur de renoncement aux soins. En effet les personnes qui ont renoncé aux soins lors des 12 derniers mois sont 46 % à penser que cela représente une contrainte financière lorsqu'ils se rendent chez leur médecin. Hors cette contrainte financière est ressentie par 69.1 % des patients qui n'ont pourtant pour leur part pas renoncé aux soins. Ceci de manière peu significative ($p=0.047$)

Lorsque l'avance des frais est une contrainte pour le patient et que ce dernier demande un tiers payant pour ne payer que 6.90 euros, le MT réalise le tiers payant dans 73.10 % des cas.

Renoncement selon les revenus



Parmi les patients pour qui l'avance des frais est une contrainte, ils sont 74.1% à avoir un revenu inférieur à 2000 euros pour l'ensemble du foyer. A l'opposé, parmi les patients qui ressentent une contrainte à avancer les frais, ils sont 15% à avoir un revenu supérieur à 2500 euros. ($p < 0.01$)

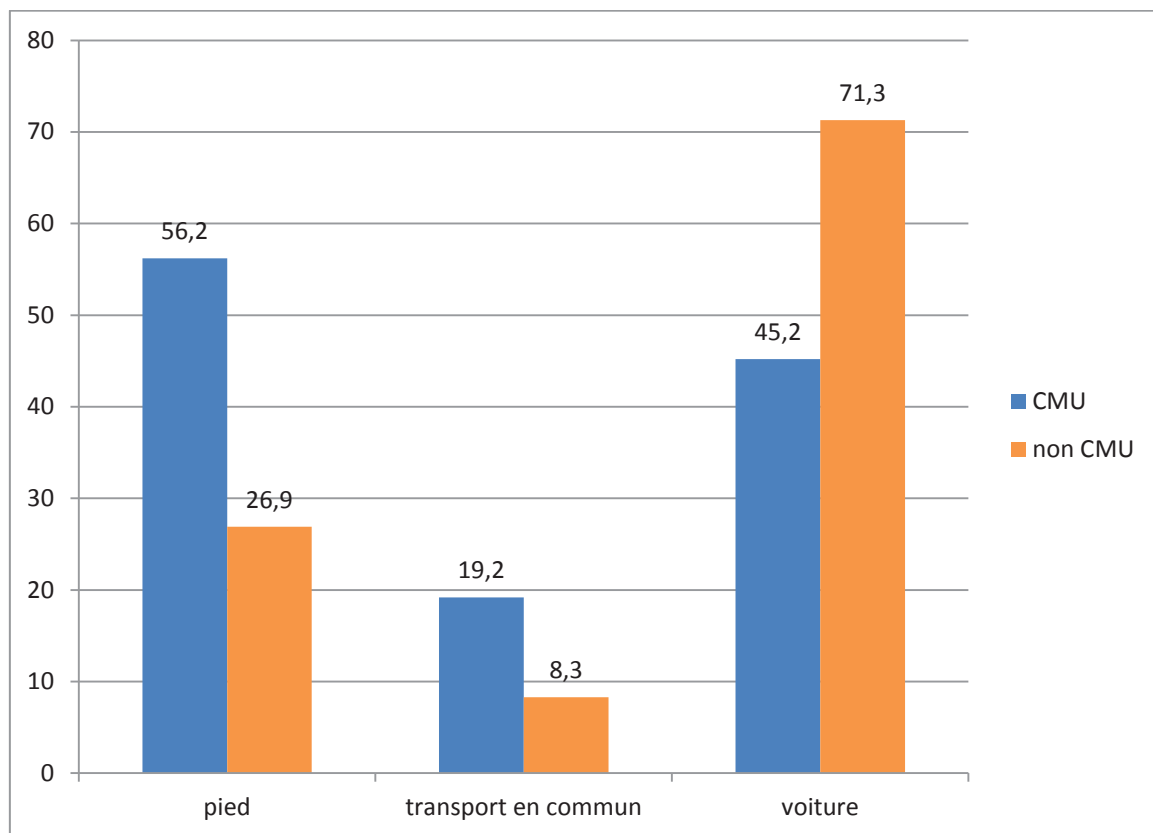
2- accessibilité lié aux transports

56.2% des patients CMU se rendent à pied chez leur médecin. Il existe une différence significative avec les patients non CMU car ils sont seulement 26.9% à se rendre à pied chez leur MT. ($p < 0.01$)

19.2% des patients CMU se rendent en transport en commun chez leur médecin. Il existe une différence significative avec les patients non CMU car ils sont seulement 8.3% à prendre ce moyen de transport pour aller consulter ($p=0.011$)

45.2% des patients CMU se rendent en voiture chez leur médecin. Il existe une différence significative ($p < 0.01$) avec les patients non CMU qui utilisent pour 71.3% d'entre eux ce moyen de locomotion.

Moyen de transport pour se rendre chez son médecin traitant : CMU vs non CMU



Les patients qui utilisent les transports en commun mettent significativement plus de temps à se rendre chez leur médecin. ($p < 0.01$). Ils sont 56.2% à mettre plus de 20 minutes. Lorsque les patients n'utilisent pas les transports en commun, ils sont seulement 15.7% à mettre plus de 20 minutes.

Les patients qui ont la CMU mettent significativement plus de temps à se rendre chez leur médecin traitant. Lorsque les patients bénéficient de la CMU, ils sont presque 30% à mettre plus de 20 minutes à se rendre chez leur médecin traitant. En revanche lorsqu'ils ne bénéficient pas de la CMU, ils sont 17% à avoir accès à leur médecin généraliste en plus de 20 minutes.

Les patients qui utilisent les transports en commun ont significativement moins la possibilité de voir leur médecin en cas d'urgence. 60% d'entre eux peuvent consulter rapidement un médecin contre 79.1% des patients qui utilisent leur propre moyen de locomotion. ($p=0.0317$)

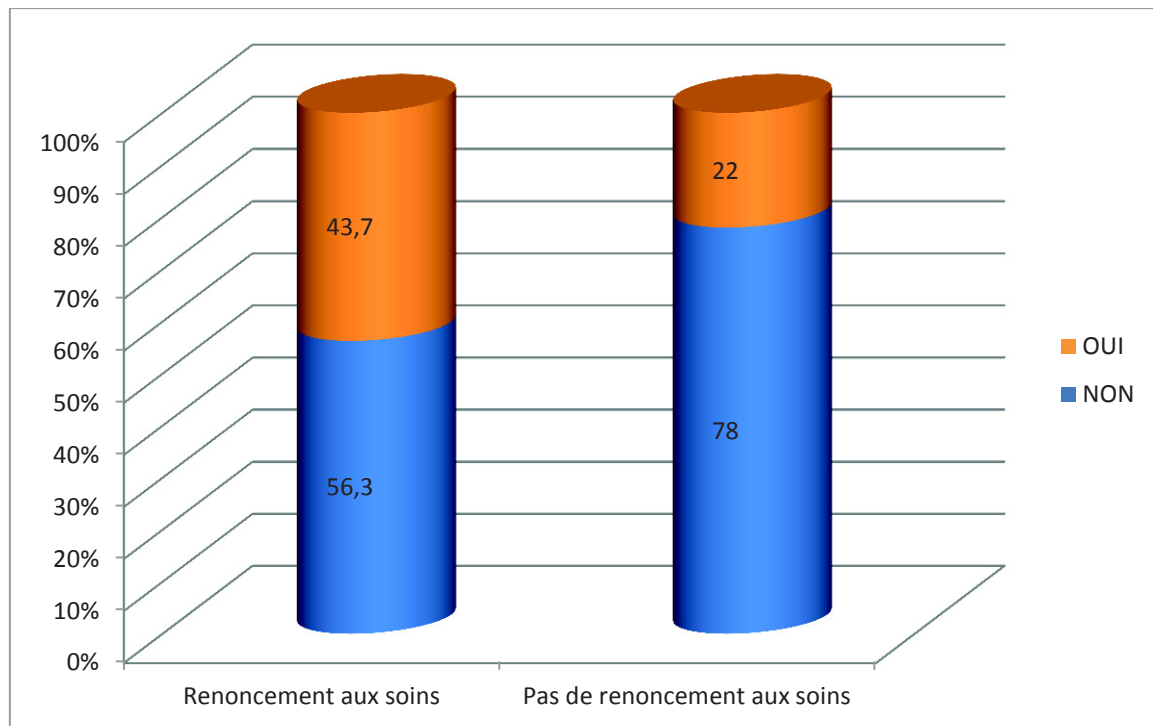
II - Accessibilité en soins primaires.

1- Faculté à trouver un médecin traitant

18.1 % des patients CMU ont des difficultés à trouver un médecin traitant contre 30.4 % des patients non bénéficiaire de la CMU. Il existe une petite différence significative ($p=0.042$)

Parmi les patients ayant renoncé aux soins, 43.7 % ont eu des difficultés à trouver un médecin traitant. Les personnes n'ayant pas renoncé aux soins ces 12 derniers mois ont significativement eu moins de difficultés à trouver un médecin traitant, à savoir 22 % d'entre eux. ($p < 0.01$)

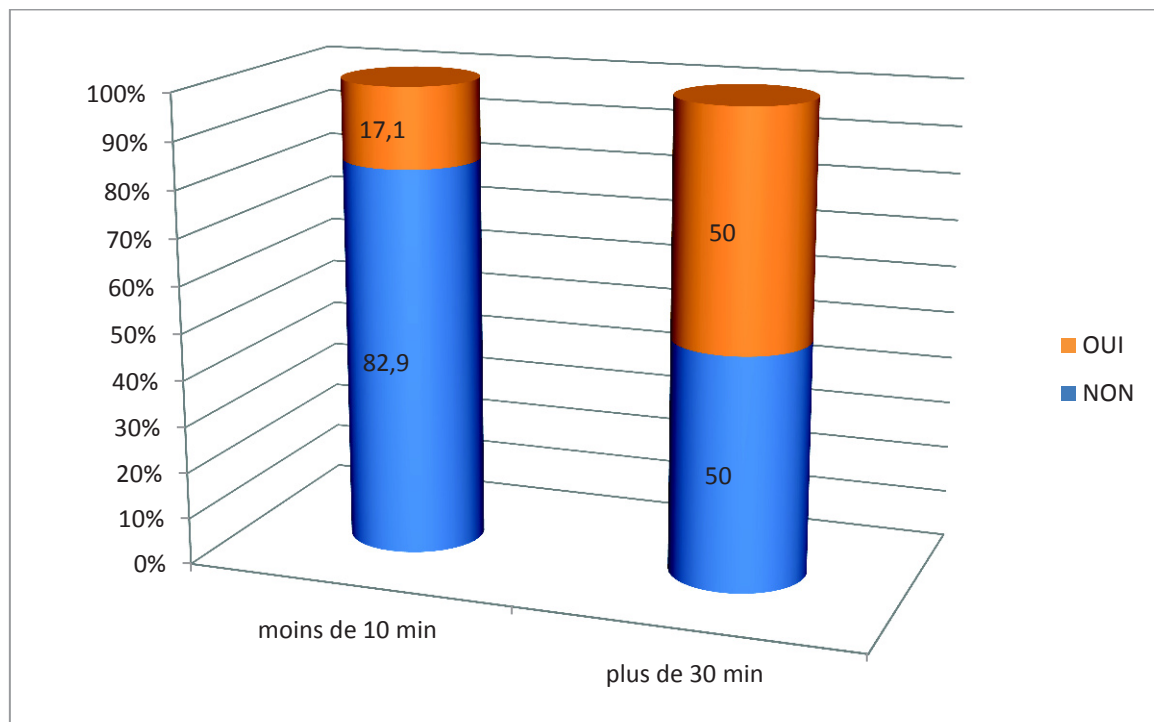
Renoncement aux soins en fonction de la difficulté à trouver un médecin traitant



a. Proximité du médecin traitant

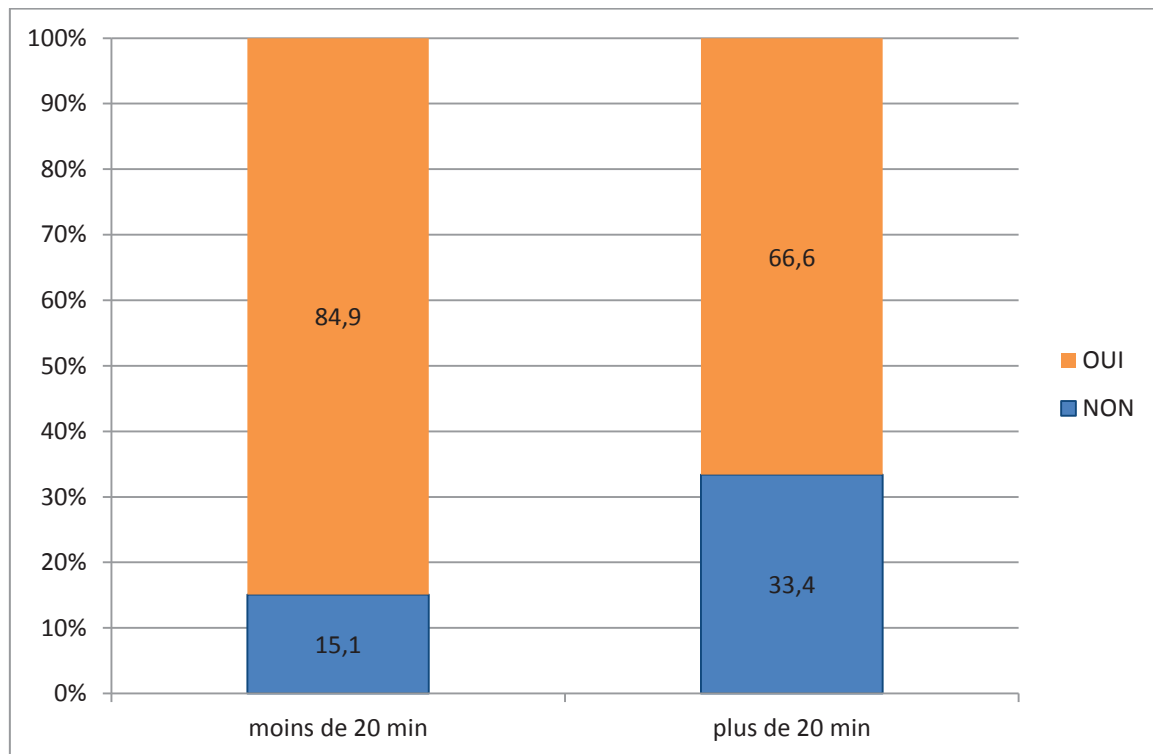
L'éloignement de son médecin traitant est également un facteur qui engendre des difficultés à trouver un médecin traitant. Parmi ceux qui n'ont pas eu de difficultés à trouver un médecin, 45.5% habitent à moins de 10 minutes de leur omnipraticien. En revanche, parmi les patients qui ont eu des difficultés à trouver leur médecin, seulement 25.3 % habitent à moins de 10 min de leur médecin. ($p < 0.01$)

Difficulté à trouver un médecin traitant en fonction de sa proximité



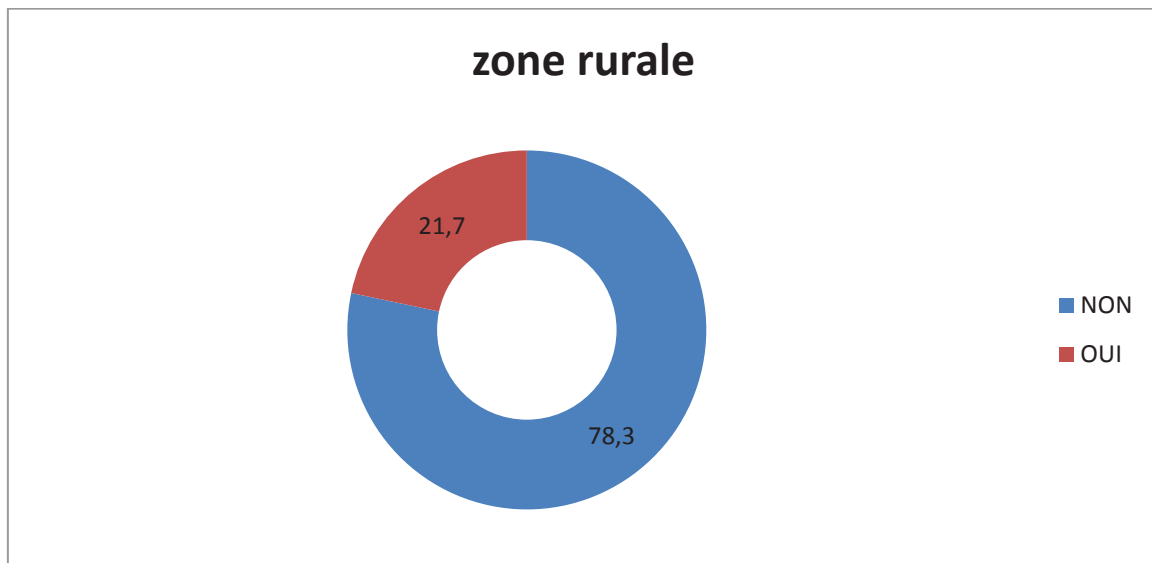
Lorsque le MT se situe à moins de 10 minutes des patients, ils sont 17.1% à avoir eu des difficultés à obtenir un médecin traitant. Ils sont en revanche 50% à avoir des difficultés à trouver un médecin traitant lorsque celui-ci se trouve à plus de 30 minutes du domicile des patients. ($p=0.032$)

Possibilité de consulter rapidement son médecin traitant en fonction de l'éloignement géographique



84.9 % des patients qui habitent à moins de 20 min du cabinet ont la possibilité de voir rapidement leur médecin en cas d'urgence. Cela est significativement plus élevé ($p=0.01$) comparé à ceux qui habitent à plus de 20 min du cabinet car ils sont seulement 66.6% à pouvoir consulter en urgence.

Renoncement aux soins pour cause d'éloignement géographique en zone rurale



Renoncement aux soins pour cause d'éloignement géographique en zone urbaine et semi-rurale

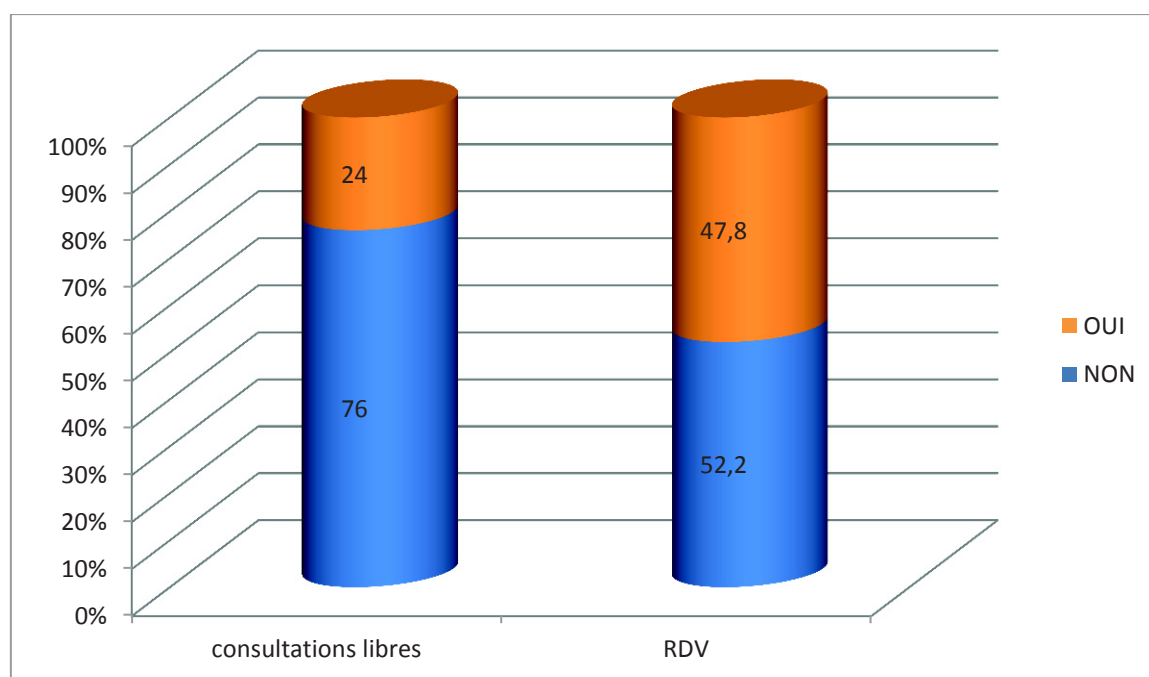


En zone urbaine et semi urbaine, aucun patient ne renonce aux soins à cause de l'éloignement géographique. Il existe une différence significative avec les patients issus des zones rurales car ils sont 21.7% à renoncer aux soins car ils n'ont pas de médecin à proximité ($p < 0.01$).

b. Disponibilités du médecin traitant

Lorsque le MT propose des consultations libres, seul 24% des patients renoncent aux soins pour un délai d'attente trop long. En revanche, il existe une différence significative avec les patients qui n'ont pas accès aux consultations libres car ils sont alors 47.8% à renoncer à consulter car le délai pour avoir un RDV devient trop long ($p=0.04$)

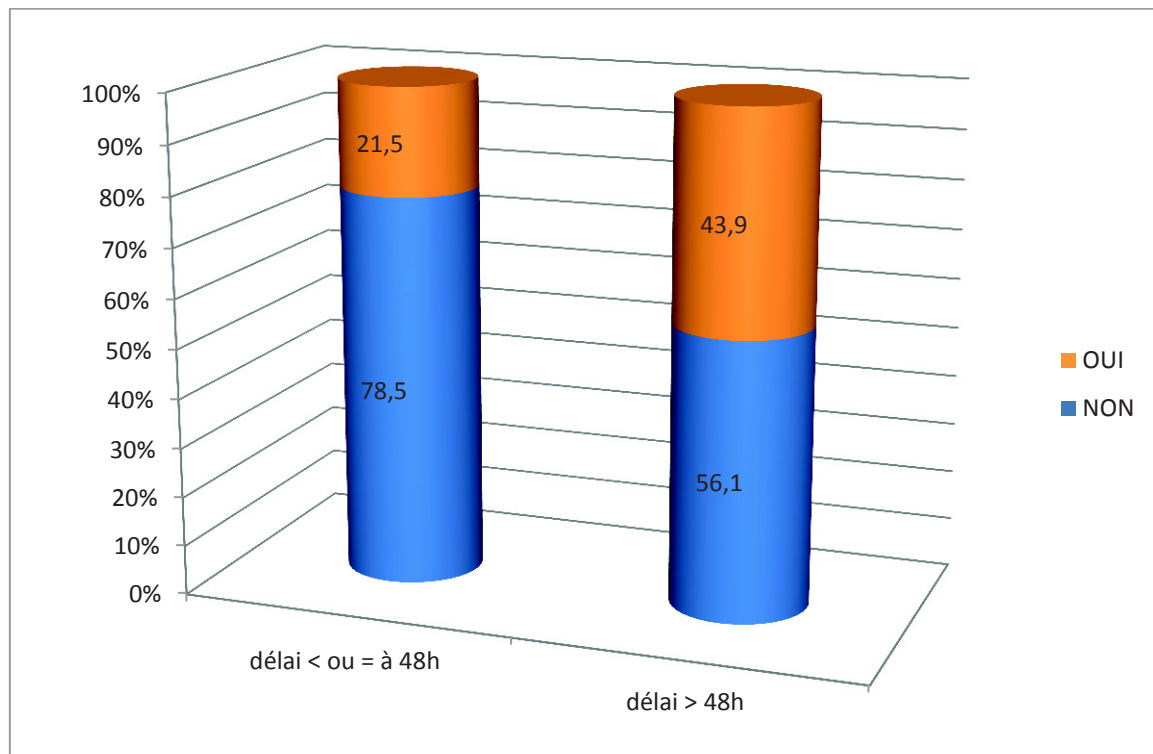
Renoncement aux soins en comparant les consultations libres et les consultations sur RDV



Il existe une différence significative ($p=0.021$) dans le renoncement aux soins entre les patients qui consultent sur RDV et ceux qui peuvent avoir accès à une consultation libre. Lorsque le MT consulte sur RDV, les patients sont 47.8 % à avoir renoncé à des soins durant les 12 derniers mois. En revanche, lorsque le MT propose des consultations libres, 24 % des patients ont renoncé à des soins durant les 12 derniers mois.

Lorsque le médecin traitant réalise des consultations libres, 73.9% des patients peuvent avoir une consultation dans les 48h. Il existe une différence significative avec les patients qui ne peuvent voir leur médecin uniquement sur RDV ($p < 0.01$) car ils sont 31.8% à pouvoir avoir une consultation dans les 48h.

Renoncement aux soins selon le délai d'attente

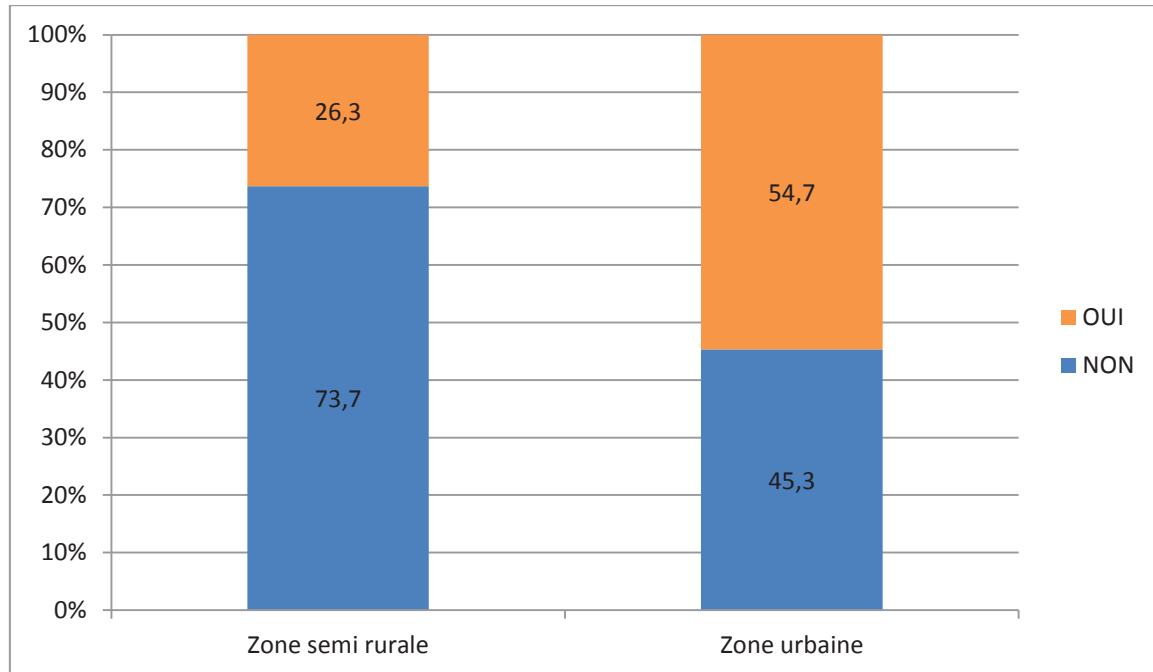


Nous avons mis en évidence une différence significative en ce qui concerne le renoncement à consulter son médecin traitant en fonction du délai de RDV que nous propose ce dernier. Lorsque les patients peuvent avoir un RDV dans les 48 heures avec leur médecin traitant, ils sont 21,5% à avoir renoncé à des soins durant les 12 derniers mois. Si le délai d'attente est supérieur à 48 heures, ils sont 43,9% à avoir renoncé à consulter leur médecin traitant durant les 12 derniers mois. ($p=0.032$)

Si les médecins traitants sont des hommes, ils sont significativement plus disponibles à faire des visites que si le médecin est une femme. ($p < 0.01$) En effet 59.7% des hommes réalisent des visites à domicile contre 38% des femmes.

c. Accès au médecin traitant

Consultations aux urgences de manière injustifiée, comparaison entre zone urbaine et semi-rurale



Les patients issus des zones semi rurales consultent significativement moins les services d'urgences que les patients issus des zones urbaines ($p=0.04$). 26.3% des patients issus des zones semi rurales ont déjà consultés des urgences de façon injustifiées. Ils sont en revanche 54.7% des patients issus des zones urbaines à avoir consulté les urgences pour un problème qui pouvait être résolu par une consultation de médecine de ville.

d. Soins d'urgences.

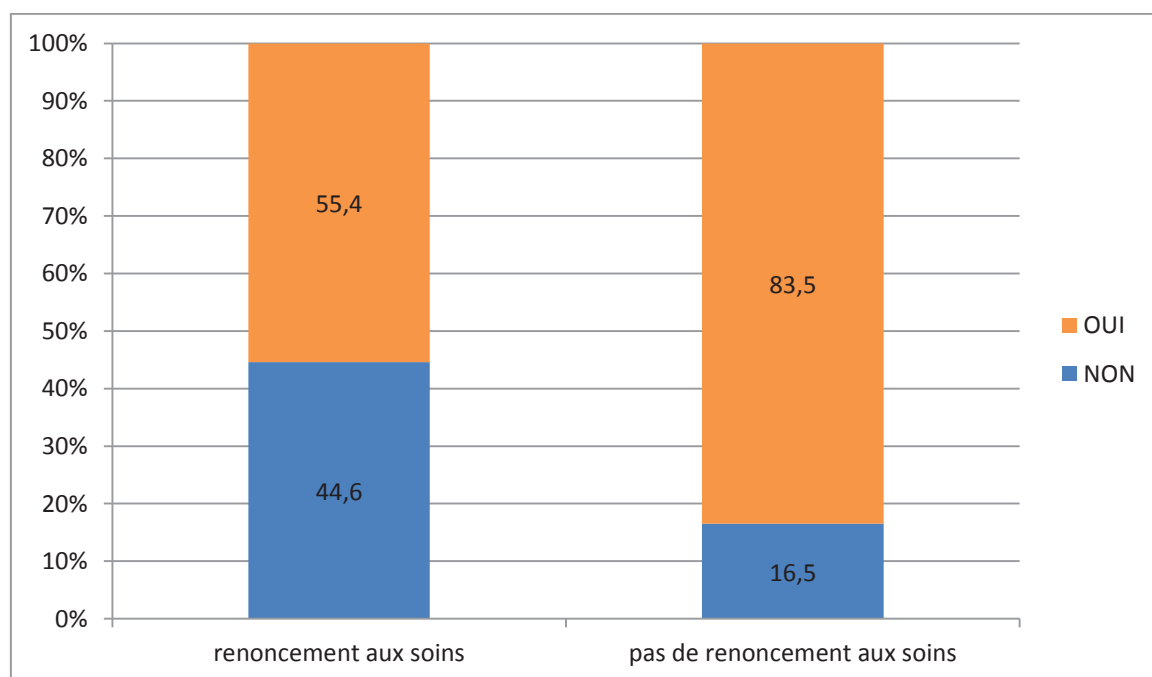
Nous considérons comme soins d'urgence, les consultations réalisées par le médecin lorsque ce dernier accepte de voir un patient entre deux RDV en fonction du motif de la consultation.

Il existe un lien avec le fait que le médecin réalise ou non des consultations d'urgences. Lorsque le patient choisi son médecin traitant, il accorde une place importante au fait que celui-ci puisse le recevoir au cabinet de manière urgente. En effet, parmi ceux qui ont eu des difficultés à choisir leur médecin traitant, dans 38.6 % des cas, ce dernier ne reçoit pas ses patients en cas d'urgence. En revanche, si le médecin réalise des actes urgents, le patients a

moins de difficultés à choisir son médecin traitant car seulement 17.4 % d'entre eux disent avoir eu des difficultés à choisir leur médecin. ($p < 0.01$)

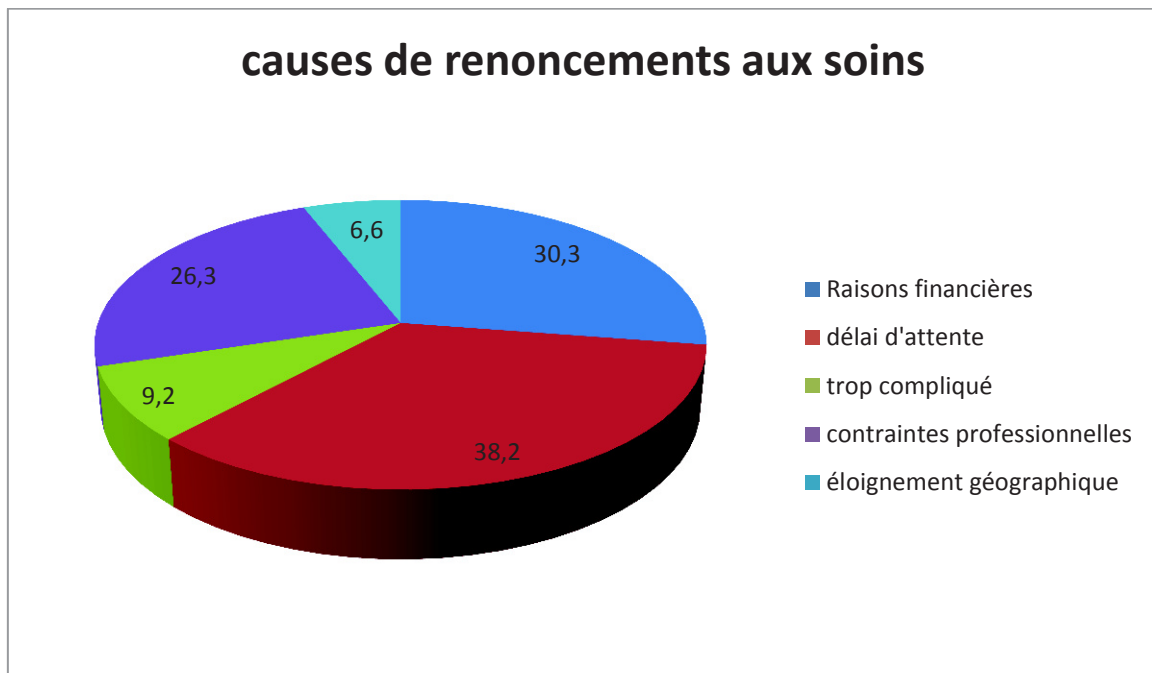
Il ressort également que les patients qui renoncent aux soins ont un moindre accès aux soins d'urgence. 44.6 % des patients renonçant aux soins n'ont pas la possibilité de voir rapidement leur médecin traitant pour une consultation d'urgence. Il existe une différence significative ($p < 0.01$) avec ceux qui n'ont pas renoncé aux soins car 16.5 % de ces patients n'ont pas la possibilité de consulter leur médecin en urgence.

Accès à une consultation d'urgence avec son médecin : déterminant du renoncement ou non aux soins



Parmi les patients ayant consulté aux urgences alors que le problème de santé aurait pu être géré en ville, ils sont significativement plus nombreux (55.6%) à ne pas avoir de problèmes de budget que les patients qui n'ont pas consulté aux urgences. ($p=0.027$). Ces consultations injustifiées aux urgences semblent donc être davantage en lien avec un manque de disponibilité des médecins de ville et non pas à des contraintes financières.

III- Différentes causes de renoncement aux soins



DISCUSSION

I - Les biais

1- Biais de sélection

Il existe un biais de sélection dans notre étude. En effet, les personnes qui se rendent à la CPAM ne sont pas représentatifs de la population générale. Dans notre étude, 25% des patients sont bénéficiaires de la CMU ou CMU-C, c'est plus que dans la population générale. En 2014, le taux de patients bénéficiant de la CMU de base dans l'Eure était de 12 829 personnes soit 2,1% de la population. Ils étaient 38 266 personnes soit 6,3% à bénéficier de la CMU-C. Cela représente un total de 8,4%. Il existe donc un écart d'environ 16% par rapport à la population de notre étude. Cela s'explique par le fait que c'est dans les CPAM que s'effectuent les démarches pour obtenir la CMU. De plus, les patients non bénéficiaires de la CMU et qui n'ont pas de difficulté administrative ou autre avec le régime de l'Assurance maladie n'ont pas lieu de se rendre à la CPAM.

Certaines CSP étaient surreprésentées par rapport à la population générale. C'est le cas des chômeurs et des étudiants qui sont plus nombreux dans notre échantillon que dans la population générale.

2- Biais de non réponse

Il est dû au « droit de refus » des personnes participant à une enquête. Dans notre étude, le questionnaire étant anonyme, les patients avaient peu d'intérêt à ne pas répondre à certaines questions. On peut se dire que les personnes n'ayant pas répondu à certaines questions du questionnaire ont probablement eu des problèmes de compréhension. Même si nous avons tenté de réaliser un questionnaire le plus simple possible, certaines questions concernant l'avance des frais, le tiers payant ou les assurances complémentaires peuvent paraître compliquées pour certains patients. Les patients n'étaient pas assistés pour remplir le questionnaire. L'avantage est de ne pas les influencer dans leur réponse mais en contrepartie, en cas d'incompréhension cela peut induire ce biais de non réponse.

II- Nos résultats

1- Accessibilité en soins primaires

a- Accessibilité financière

En ce qui concerne les mutuelles en fonction de la CSP, on retrouve le même taux d'ouvriers non qualifiés n'ayant pas de couverture santé complémentaire (9,1%). On retrouve également un nombre important d'étudiants et de chômeurs qui n'ont pas accès à une

complémentaire santé. Ceci est également vrai dans la littérature mais dans une moindre mesure que dans notre étude.

Une notion primordiale ressort de notre étude. On s'aperçoit que les gens qui bénéficient du tiers payant ont plus renoncé aux soins que les patients qui doivent effectuer l'avance des frais. En effet, 53,8% des patients qui bénéficient du tiers payant ont renoncé aux soins au cours de ces 12 derniers mois alors que les patients qui avancent les frais sont seulement 24,4 % à y avoir renoncé. Ces données concordent avec une étude de la DREES parue en 2012. Cette étude affirme que les bénéficiaires du tiers payant déclarent renoncer plus souvent à consulter un médecin pour des raisons financières : 18% disent avoir renoncé à une consultation médicale au cours de l'année écoulée contre 4% parmi l'ensemble de la population. Dans notre étude, ces chiffres sont plus élevés mais la tendance est similaire.

Une autre étude arrive aux mêmes conclusions. Les bénéficiaires de la CMU sont 22% à déclarer renoncer aux soins pour raisons financières. Ce taux reste supérieur à celui des autres assurés disposant d'une couverture complémentaire (15%), ce qui suggère que donner le droit d'accès aux soins ne garantit pas forcément un accès effectif.

En ce qui concerne le renoncement aux soins selon les revenus. On se rend compte que l'avance des frais chez le médecin représente une contrainte pour la plupart des foyers dont le revenu est inférieur à 2000 euros. On sait qu'en dessous de 720 euros de revenus mensuels pour une personne seule et 1080 euros pour un couple, il y a la possibilité d'obtenir la CMU. Que l'ACS est possible pour les patients au-dessus de ce seuil. Nous pouvons en conclure qu'il faille focaliser les efforts pour les foyers dont les revenus se situent entre 1080 et 2000 euros. Une étude sur le renoncement aux soins confirme que les patients renonçant aux soins pour raisons financières sont des individus qui sont juste au-dessus des seuils (CMU-C et ACS) et qui n'ont pas souscrit une complémentaire santé.

b- Accessibilité liée aux transports

La question de l'accessibilité spatiale aux soins médicaux est devenue centrale dans le contexte actuel de réduction à venir des effectifs de médecins sur le territoire. Dans les études de la littérature, le temps d'accès aux soins est globalement satisfaisant car 95% de la population française à accès à des soins de proximité en moins de quinze minutes. Dans notre étude, on peut s'apercevoir que cette accessibilité spatiale n'est pas vraie pour les patients bénéficiant de la CMU qui mettent significativement plus de temps à se rendre chez leur médecin que les autres patients. Cette difficulté d'accessibilité spatiale pourrait expliquer en partie le renoncement aux soins dont sont victimes ces patients car ils n'ont a priori pas de problème lié à l'avance des frais car ils bénéficient du tiers payant. Cette notion ressort également d'une autre étude qui montre que la restriction de l'offre est particulièrement sensible pour les bénéficiaires de la CMU car ils disposent d'une mobilité

réduite [45]. Ils peuvent donc, dans un contexte où les refus de soins sont relativement fréquents, être en difficulté pour changer de médecin traitant ou trouver un spécialiste.

2- Disponibilité en soins primaires

a- Faculté à trouver un médecin traitant

Dans notre étude, nous avons mis en évidence une différence significative en ce qui concerne le renoncement aux soins pour cause d'éloignement géographique entre les zones urbaines et les zones rurales. Une étude récente du conseil de l'Ordre national aborde pour la première fois la question de la densité médicale sous l'angle des « bassins de vie », et permet de situer le problème : 4 sans aucun médecin généraliste, 1158 à faible densité, 277 à densité moyenne, 776 à densité forte. La sous-densité concerne en majeure partie les zones rurales et dans une moindre mesure les zones péri-urbaines. Cependant, ce renoncement aux soins pour cause d'éloignement géographique est moins prononcé dans notre étude que dans la littérature.

Dans notre étude, les patients bénéficiaires de la CMU ont moins de difficultés que les autres patients à trouver un médecin traitant. Dans la littérature, la tendance est inversée. Effectivement, certaines études montrent que certains professionnels de santé ne respectent pas les droits des patients (refus de soins itératifs, refus du tiers payant, demande d'un dépassement illégitime) et qu'ils n'acceptent pas d'être le médecin traitant de certains patients bénéficiaires de la CMU. Nous n'avons pas d'élément pouvant expliquer cette différence par rapport aux études précédemment menées.

b- Proximité et accès au médecin traitant

Dans notre étude, il existe un lien entre l'éloignement des soins primaires et le fait de devoir y renoncer. Dans l'étude *COLDEFY et al., de 2011*, l'organisation territoriale de l'offre de soins joue sur l'accès aux soins. Cette disparité démographique des professionnels de santé apparaît problématique dans les territoires ruraux et urbains défavorisés. Ces problèmes d'offre viennent renforcer les difficultés d'accès et contribuent aux renoncements aux soins. La raréfaction de l'offre a des effets différenciés selon les classes sociales. Les temps d'attente dans certaines zones sous-médicalisées peuvent être contournés par des individus capables de se déplacer vers de plus grandes agglomérations où l'offre de soins est plus dense.

Une étude menée sur la démographie médicale montre qu'en 2012, 9.5% des médecins dits « entrants » ont choisi d'exercer la médecine en libéral, alors que 69% ont choisi le salariat (CNOM, 2012). Ces chiffres contrastent avec les résultats des années 1980, quand un médecin sur deux choisissait l'exercice libéral dès son entrée dans le métier. Ainsi l'activité

libérale paraît de moins en moins attractive, ce qui s'explique avant tout par les contraintes d'un tel statut (charges administratives, horaires variables...) « L'hôpital public est donc devenu le premier employeur de généralistes » (Juilhard JM, 2007). Or, les centres hospitaliers sont encore plus inégalement répartis sur le territoire que les médecins libéraux, ce qui ne fait qu'aggraver les disparités territoriales.

c- Disponibilité du médecin traitant

Dans notre étude, nous avons mis en évidence une différence significative entre le délai d'attente pour avoir un RDV chez son médecin et le fait de renoncement à des soins de proximité. En effet, lorsque les patients peuvent avoir un RDV dans les 48 heures avec leur médecin traitant, ils sont 21,5% à avoir renoncé à des soins durant les 12 derniers mois. Si le délai d'attente est supérieur à 48 heures, ils sont 43,9% à avoir renoncé à consulter leur médecin traitant durant les 12 derniers mois. ($p=0.032$)

Le cabinet Jalma, spécialisé dans le domaine de la santé vient corroborer nos propos. Dans son étude réalisée en 2014 [46], il ressort que le premier motif de renoncement aux soins n'est pas financier mais dû au délai d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un médecin de ville. Selon cette enquête, 67% des français ont déjà renoncé à des soins en raison du délai d'obtention d'un rendez-vous. Ce pourcentage est en augmentation de 9 points par rapport à 2011. Ceci est d'autant plus vrai en ce qui concerne les consultations spécialisées, que celles-ci soient en ville ou dans le secteur hospitalier.

Selon une autre étude de l'IFOP, 54% des patients ont déjà renoncé à consulter un médecin généraliste. Dans le détail, 27% des personnes déclarent avoir renoncé à des soins chez un médecin généraliste en raison du coût de la consultation. L'éloignement géographique apparaît aussi comme une cause de renoncement à des soins : 20% ont déjà renoncé à consulter un omnipraticien pour cette raison. Ces 2 causes ne sont pourtant pas les principales raisons de la renonciation à des soins. En effet, les difficultés pour obtenir un rendez-vous dans un délai suffisamment rapide est la principale raison invoquée par 48% des patients sondés.

Une autre étude réalisée dans la région Languedoc Roussillon classe les plaintes des patients. On constate que le principal frein selon eux reste bien non pas le problème financier, mais bien le problème de la disponibilité des rendez-vous et le délai d'attente avant d'obtenir une consultation. C'est un constat important qui montre également le décalage qui existe entre la perception des patients et celle des médecins. Ces derniers, comme les politiques, ont tendance à penser que le frein financier est le plus important. Décalage intéressant car le gouvernement préconise la généralisation du tiers payant, et prend pour postulat que ce frein financier est l'un des plus déterminants, sans se préoccuper du problème démographique.

Nous avons également mis en évidence de manière significative dans notre étude que lorsque le patient avait rencontré des difficultés à choisir un médecin traitant, il s'agissait plus souvent d'une femme que d'un homme. Cette féminisation de la profession peut donc engendrer des problèmes de disponibilités de médecins. En 2012, 42% des médecins étaient des femmes, contre 26% en 1986. Cette croissance devrait se poursuivre, puisque la DREES prévoit que les femmes seront majoritaires parmi les médecins en 2022, elles représentent déjà 56% des médecins actifs de moins de 45 ans et six internes en formations sur dix. Une étude de l'Union Régionales des Médecins Libéraux en Rhône-Alpes montre que les femmes médecins considèrent des critères tels que « l'éducation des enfants », « la qualité de vie » ou « la carrière du conjoint » comme les éléments les plus déterminants pour leur installation, contrairement aux hommes qui privilégient plutôt les aspects financiers [47]. Ces aspirations différentes peuvent donc en partie expliquer les difficultés des médecins de campagne à trouver des remplaçants parmi des femmes médecins de plus en plus nombreuses.

Le fait que les hommes réalisent plus de visite à domicile que les femmes est tout de même à relativiser. En effet la moyenne d'âge des médecins de sexe féminin est plus faible que leur homologue masculin. On peut donc se dire qu'elles sont installées depuis moins d'années et que par conséquent, leur patientèle est plus jeune donc moins sujette aux visites à domicile.

d- Soins d'urgences

Une étude de la DREES sur les consultations injustifiées aux urgences relate que 28% des consultations aux urgences sont le fruit de patients qui n'ont pas eu recours à leur médecin traitant soit parce qu'il était absent, soit parce que leur cabinet était fermé ou encore parce qu'ils n'avaient pas de médecin traitant. Dans une étude menée dans les hôpitaux Nord de Marseille, ils estiment ce taux à 24%.

Parmi les patients ayant consulté aux urgences alors que le problème de santé aurait pu être géré en ville, ils sont significativement plus nombreux (55.6%) à ne pas avoir de problèmes de budget que les patients qui n'ont pas consulté aux urgences. ($p=0.027$). Ces consultations injustifiées aux urgences peuvent donc être en lien avec un manque de disponibilités des médecins de ville et non pas à des contraintes financières.

Conclusion

Le renoncement aux soins primaires en France est un problème multifactoriel. La santé pour tous étant un enjeu majeur pour les pouvoirs publics, le but est donc de définir quels sont ces facteurs qui peuvent entraîner un renoncement aux soins primaires dans notre pays. Il faut également déterminer dans quelles mesures ces éléments engendrent un renoncement aux soins pour agir sur les facteurs clefs et ainsi améliorer l'accès aux soins pour tous.

Notre étude à l'échelle départementale a permis de mettre en évidence que les contraintes financières et notamment l'avance des frais n'était pas l'élément fondamental dans le renoncement aux soins. La levée des contraintes financières notamment par l'apport de la CMU-C n'abolit pas totalement le renoncement aux soins. On se rend compte qu'une fois les contraintes financières levées (par le tiers payant par exemple), ceci n'est pas l'assurance du recul du renoncement aux soins primaires. En effet, parmi les bénéficiaires du tiers payant, 53,8% ont renoncé aux soins ces 12 derniers mois. Ils sont seulement 24,4% dans ce cas parmi les gens qui ont dû réaliser l'avance des frais ($p=0.046$). D'autres facteurs sont alors révélés, par le décalage entre intentionnalité et action.

Notre étude a mis en avant l'impact majeur du délai d'attente pour avoir un RDV sur le renoncement aux soins primaires des patients. Plus le délai d'attente est important, plus le renoncement aux soins est grand. En effet, lorsque les patients peuvent avoir un RDV dans les 48 heures avec leur médecin traitant, ils sont seulement 21,5% à avoir renoncé à des soins durant les 12 derniers mois. En revanche, si le délai d'attente est supérieur à 48 heures, ils sont 43,9% à avoir renoncé à consulter leur médecin traitant durant les 12 derniers mois ($p=0.032$). Ce délai d'attente pour avoir un RDV apparaît donc comme un facteur clef dans le renoncement aux soins primaires.

De plus, lorsque le MT propose des consultations libres, seuls 24% des patients renoncent aux soins pour un délai d'attente trop long. En revanche, il existe une différence significative avec les patients qui n'ont pas accès aux consultations libres car ils sont alors 47.8% à renoncer à consulter car le délai pour avoir un RDV devient trop long ($p=0.04$). Ceci vient renforcer le fait que la possibilité d'avoir un RDV rapide dans les 48 heures est un élément fondamental pour éviter le renoncement aux soins

Le troisième facteur du renoncement aux soins qui apparaît dans notre travail est l'éloignement géographique. Certaines zones et notamment dans notre département sont sous-médicalisées. L'éloignement géographique d'un médecin rend difficile l'accès à des consultations rapides.

La généralisation du tiers payant est une priorité du gouvernement actuel. Cependant cette mesure améliorera-t-elle l'accès aux soins pour tous ? La ministre Marisol Touraine et le gouvernement actuel affirment « La loi améliorera l'accès aux soins pour tous en généralisant le tiers payant ». Notre travail de thèse nous amène à remettre en cause ces

propos déductifs et leur valeur scientifique. La question de l'accès aux soins ne peut être totalement réglée ni avec l'universalisation de l'assurance santé ni l'attribution d'une complémentaires aux plus pauvres. L'amélioration de la démographie médicale entre les différentes régions paraît prioritaire pour faire diminuer le renoncement aux soins primaires

Effectivement, on s'aperçoit par notre travail que le tiers payant n'est pas gage de non renoncement aux soins car les personnes en bénéficiant renoncent plus aux soins que les autres patients qui n'en bénéficient pas.

Par ailleurs, on peut se demander si la généralisation du tiers payant à l'ensemble de la population ne va pas engendrer une surconsommation des soins. Cela aurait donc un effet inverse à l'objectif de diminution du renoncement aux soins. En effet, il y aurait probablement une offre encore plus insuffisante par rapport à la demande et cela pourrait donc engendrer des délais pour obtenir un RDV encore plus importants alors que ce délai d'obtention d'un RDV est le principal facteur de renoncement aux soins. Cet impact sera d'autant plus majeur dans les régions où la densité médicale est faible comme c'est le cas dans notre département.

Il existe différents leviers pour permettre donc de diminuer le renoncement aux soins dans notre pays. L'objectif serait d'établir une meilleure répartition des médecins généralistes sur notre territoire. La réduction de l'éloignement géographique des médecins favoriserait l'accès aux soins pour un bon nombre de patients. De plus, cela permettrait de limiter les délais d'obtention d'un RDV dans des départements sous-médicalisés comme l'est notre département de l'Eure.

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE

Bonjour, je viens de terminer mes études de médecine et j'effectue actuellement un travail de thèse sur l'accès aux soins chez le médecin généraliste dans la population en Haute-Normandie.

Si vous avez quelques minutes à m'accorder, pourriez-vous répondre à ce questionnaire qui comporte une vingtaine de questions? Je précise que ce questionnaire est totalement anonyme. Seuls les questionnaires dont l'intégralité des questions seront traitées pourront être exploités.

Pensez à déposer le questionnaire complété dans l'urne mise à votre disposition.

Par avance je vous remercie du temps que vous m'avez accordé.

Thomas BONNET

1. Êtes-vous bénéficiaire de:

- CMU (Couverture Maladie Universelle)
- AME (Aide Médicale de l'État)
- ACS (Aide à une Complémentaire Santé)
- Aucun

Si vous avez coché l'une des trois premières propositions, allez directement à la question 10

2. Quels sont les revenus mensuels de votre foyer?

- Moins de 1.000 €
- Entre 1.000 et 1.500 €
- Entre 1.500 et 2.000 €
- Entre 2.000 et 2.500 €
- Entre 2.500 et 3.000 €
- Plus de 3.000 €

3. Avez-vous une mutuelle ou une complémentaire santé?

- Oui
- Non

4. Êtes-vous atteint d'une maladie type ALD (Affection de Longue Durée) dont les soins sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie?

Oui Non

Si Oui, votre médecin traitant réalise-t-il le tiers payant ou la dispense d'avance des frais? Cela signifie que vous ne payez pas la consultation chez votre médecin.

Oui, je paye la consultation Non, je ne paye pas la consultation

5. Avez-vous déjà été dispensé d'avancer le montant de la part remboursée par l'assurance maladie (16,10€) chez un médecin généraliste et ne payer que 6,90€?

Oui Non Ne sait pas

Si Oui, était-ce?

A votre demande Proposition du médecin Ne sait pas

6. Un médecin généraliste vous a-t-il déjà obligé à payer la totalité du prix de la consultation (23€) alors que vous lui aviez demandé de ne payer que la part complémentaire (6,90€)?

Oui Non Ne sait pas

7. Avez-vous choisi votre médecin traitant en fonction de la possibilité qu'il vous offre de ne pas avancer une partie des frais médicaux et de ne payer que 6,90€?

Oui Non Ne sait pas

8. Lorsque vous avancez vos frais de santé, cela représente-t-il une contrainte pour vous?

Oui Non Ne sait pas

Si Oui, quelle(s) proposition(s) caractérise(nt) le mieux cette difficulté?

Plusieurs réponses possibles

Cela vous oblige à vérifier et contrôler vos remboursements

Cela crée un "trou" dans votre budget car il existe un délai entre le paiement et le remboursement de vos frais

Cela pose des difficultés financières en raison d'un manque d'argent le jour des soins pour régler la consultation

Autre:

9. A partir de quel montant le prix de la consultation (ou d'un acte médical) vous pose-t-il un problème pour avancer les frais?

Disponibilité en soins primaires

10. Vous habitez

- En zone rurale (<2.000 habitants) En zone urbaine (>5.000 habitants)
 En zone semi-rurale (entre 2.000 et 5.000 habitants)

11. Avez-vous rencontré des difficultés à trouver un médecin traitant?

- Oui Non Ne sait pas

12. Combien de temps vous faut-il pour vous rendre chez votre médecin traitant?

- Moins de 10 min
 Entre 10 et 20 min
 Entre 20 et 30 min
 Plus de 30 min

13. Quel moyen de transport utilisez-vous?

- A pied
 Voiture particulière
 Transport en commun
 Autre (préciser)

14. Lorsque vous consultez votre médecin traitant, est-ce:

- Sur RDV Consultation libre les deux

15. Quel est le délai d'attente pour obtenir un RDV chez votre médecin traitant?

Entourer la bonne réponse 0 (le jour même) 1 2 3 4 5 + de 5 jours

16. Quel est le temps moyen d'attente au cabinet (en minutes)?

17. Votre médecin traitant est-il?

- Un homme Une femme

18. Votre médecin réalise-t-il des visites à domicile?

- Oui Non Ne sait pas

19. Avez-vous la possibilité de voir rapidement votre médecin traitant en cas de consultation urgente (plaie, traumatisme,

fièvre à 40°C chez un enfant..)?

Oui Non Ne sait pas

Si Non, avez-vous déjà été contraint de consulter un service d'urgence pour un problème de santé qui pouvait être résolu par une consultation de médecine de ville?

Oui Non Ne sait pas

20. Au cours des 12 derniers mois avez-vous déjà renoncé à consulter un médecin généraliste?

Oui Non Ne sait pas

Si Oui, quelle en est la cause? Plusieurs réponses possibles.

- Raison financière
- Délai d'attente
- Trop compliqué / Ne sait pas où aller
- Incompatibilité avec vos contraintes professionnelles ou personnelles
- éloignement géographique

Informations générales

21. Quel est votre âge? 16 - 30 ans 31 - 45 ans 46 - 60 ans 61 - 75 ans + 75 ans

22. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle?

- Agriculteur exploitant
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres, professions intellectuelles supérieures (médecin, professeur, profession libérale, ingénieur)
- Professions intermédiaires (instituteur, infirmière, technicien, contremaître, administration publique..)
- Employés (administratifs d'entreprise, policier, militaire, agent de service de la fonction publique)
- Ouvrier (qualifié, non qualifié, agricole)
- Retraité
- Chômeur
- Étudiant

23. Combien y a t-il de personnes dans le foyer?

Entourer la bonne réponse 1 2 3 4 5 6 7 8 9

24. Combien y a t-il d'enfants de moins de 14 ans sur le foyer?

Entourer la bonne réponse 1 2 3 4 5 6 7

Références bibliographiques

- [1] Lebas J, Chauvin P. Précarité et santé. Paris : Flammarion ; 1998.
- [2] « Crise économique, marché du travail et pauvreté », rapport de l'Onpes, 2011-2012, www.onpes.gouv.fr
- [3] Black D., Morris J.N., Smith C., Townsend P., "The Black Report", 1982, London, Pelican.
- [4] Blanpain N. (2011), « L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent », Insee Première, n°1372, octobre.
- [5] Tuppin Ph. Et alii (2011), « Surmortalité et hospitalisations plus fréquentes des bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire en 2009 », Presse Med 40 : p304-p314.
- [6] INED, Cambois E. et alii, 2008.
- [7] WAGSTAFF, A., VAN DOORSTAER E. [2000], "Equity in health care finance and delivery", in CULYER, A., NEWHOUSE, J. (eds.), Handbook of health economics, vo. 1B, Chap. 34, North Holland, p. 1803-1862. OR Z. et al (2009), « Inégalités sociales de recours aux soins en Europe: Quel rôle pour le système de soins ? », Revue Economique, 60, 2 : 521-543.
- [8] Dourgnon P., Jusot F., Fantin R., (2012), Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé, DT IRDES n°47 Avril.
- [9] Desprès C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. (2011), « le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche socio-anthropologique », Questions d'économie de la santé, 169.
- [10] QES n°179, septembre 2012.
- [11] DOMIN, J P (2010) « L'assurance maladie complémentaire, vecteur de la reproduction des inégalités dans l'emploi », les notes de l'IES, n°14.

[12]KAMBIA-CHOPIN B., PERRONNIN M., ROCHEREAU T. [2008], « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire », Questions d'économie de la santé, IRDES n° 132.

[13] Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2011) La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès Questions d'économie de la santé, IRDES n°161.

[14]GUILLAUME S., ROCHEREAU T. [2010] , « La protection sociale complémentaire collective : des situations diverses selon les entreprises », Question d'économie de la santé, n°155.

[15] Muriel Barlet, Clémentine Collin, Mélanie Bigard et David Lévy, « Offre de soins de proximité ne rime pas toujours avec accessibilité », Drees, Etudes et résultats, n°817, octobre 2012.

[16]Magali Coldefy, Laure Com-Ruelle, Véronique Lucas-Gabrielli, « Distance et temps d'accès aux soins de France métropolitaine », Qes, n°164, avril 2011.

[17] Card D, Dobkin C, Maestas N. the Impact of Nearly Universal Insurance Coverage on Health Care Utilization : evidence from Medicare. American Economic Review. 2008 ; 98 (5) : 2242-58.

[18] Espelt A, Borrell C, Rodriguez- Sanz M, Muntaner C, Pasarín M, Benach J, et al. Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. Int J Epidemiol. 2008 ; 37 (5): 1095-105.

[19] James PD, Wilkins R, Detsky AS, Tugwell P, Manuel DG. Avoidable mortality by neighbourhood income in Canada : 25 years after the establishment of universal health insurance. Journal of Epidemiology and Community Health. 2007; 61 (4): 287-96.

[20] Mackenbach JP. An analysis of the role of health care in reducing socioeconomic inequalities in health : The case of the Netherlands. International Journal of Health Services. 2003; 33 (3) : 523-41.

[21] McWilliams JM, Meara E, Zaslavsky AM, Ayanian JZ. Differences in Control of cardiovascular Disease and Diabetes by Race, Ethnicity, and Education : U.S. Trends from

1999 to 2006 and Effects of Medicare Coverage. *Annals of Internal Medicine*. 2009; 150 (8): 505-15.

[22] Vulgaris – carte vitale – 2014.

[23] Dourgnon P, Grignon M. Le tiers payant est-il inflationniste? Etude de l'influence du recours au tiers payant sur la dépense de santé. Paris : CREDES ; 2000.

[24] Barer ML, Evans RG, Stoddart GL. Controlling Health Care Costs by Direct Charges to Patients : Snare or Delusion?: Conseil économique de l'Ontario, Etude hors-série n°10; 1979.

[25] Majnoni d'Intignano B. Analyse des derniers développements et réformes en matière de financement des systèmes de santé. *Revue internationale de Sécurité sociale*. 1991 ; 44 (33) : 10-1.

[26] Korda RJ, Butler JRG, Clements MS, Kunitz SJ. Differential impacts of health care in Australia : trend analysis of socioeconomic inequalities in avoidable mortality. *Int J Epidemiol*. 2007 ; 36(1) : 157-65.

[27] Kronick R. Health Insurance Coverage and Mortality Revisited. *Health Services Research*. 2009; 44 (4) : 12211-31.

[28] Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. De 1893 à 1999 : de l'Assistance médicale gratuite (AMG) à l'Aide médicale d'Etat (AME) en passant par l'Aide médicale Départementale (AMD). Paris 2009.

[29] Boisguérin B, Bonnardel C, Claude G, Ruault M. L'aide médicale départementale : bilan 1996-1999. *Etudes et Résultats* n°126. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité DREES 2001.

[30] Direction de l'information légale et administrative : Couverture maladie universelle complémentaire et aide pour une complémentaire santé. 2010. P. 1-6.

[31] Safon M-O. Historique du ticket modérateur en France. Paris : Institut de recherche et documentation en économie de la santé ; 2011.

[32] Le fond CMU. Aide complémentaire santé. Paris ; 2009.

- [33] CNAMTS - Erasme national tous régime - juillet à septembre 2012.
- [34] Coburn D. Beyond the income inequality hypothesis : class, neo-liberalism, and health inequalities. Soc Sci Med. 2004 ; 58 (1) : 41-56.
- [35] Lynch JW, Davey Smith G, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality : importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. British Medical Journal. 2000 ; 320 : 1200-4.
- [36] La documentation CMU. Bénéficiaires de la CMU complémentaire en France entière. Synthèse France entière – tous régimes- 2007/2010.
- [37] Guthmuller S, Jusot F, Wittwer J. Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérience sociale à lille. Questions d'économie de la santé, Irdes. 2011 ; 162.
- [38] CNAMTS – Erasme national v1, tous régime, France entière – juillet à décembre 2012.
- [39] Renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C : Enquête dans les CES de l'assurance maladie, mars 2011.
- [40] B. Palier, La réforme des systèmes de santé, 2010.
- [41] OCDE – Système de santé. Efficacité et politiques, 2011.
- [42] 2008, les soins de santé primaires.
- [43] 2010, le financement des systèmes de santé.
- [44] DREES, Daniel Sicard, Les médecins au 1^{er} janvier 2013, Etudes et statistiques n°179, avril 2013.
- [45] Renoncements aux soins des bénéficiaires de la CMU-C : Enquête dans les CES de l'Assurance maladie, Mars 2011.
- [46] Principaux enseignements de l'observatoire jalma/IFOP 2014 sur l'accès aux soins, 18 novembre 2014.
- [47] URML, 2005.